

LES TRAITEMENTS DU PEMPHIGUS

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 23 Mars 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HOUILLON (Roger-Charles-Emile)

Ancien Interne Pr. des Hôpitaux
Diplômé d'Hygiène et de Bactériologie
Diplômé d'Etudes spéciales d'Education physique

né le 23 avril 1906, à Thaon (Vosges)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. SPILLMANN, Professeur . .	Président.
		WATRIN, Professeur	Juges.
		DROUET, Agrégé	
		MERKLEN, Agrégé	

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
28, Rue de Solignac

1935





Digitized by the Internet Archive
in 2026

LES TRAITEMENTS DU PEMPHIGUS

THÈSE

présentée et soutenue publiquement le 23 Mars 1935

POUR OBTENIR LE GRADE DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

HOUILLON (Roger-Charles-Emile)

Ancien Interne Pr. des Hôpitaux
Diplômé d'Hygiène et de Bactériologie
Diplômé d'Etudes spéciales d'Education physique

né le 23 avril 1906, à Thaon (Vosges)

Examineurs de la Thèse :	{	MM. SPILLMANN, Professeur . .	Président.
		WATRIN, Professeur	Juges.
		DROUET, Agrégé.	
		MERKLEN, Agrégé.	

*Le Candidat répondra aux questions qui lui seront posées
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

NANCY
IMPRIMERIE GEORGES THOMAS
28, Rue de Solignac

1935

Université de Nancy - Faculté de Médecine

Doyen: M. L. SPILLMANN, O *, I *

Professeurs honoraires: MM. NICOLAS, *, I *; WEISS, O *, I *;
BOUIN, O *, I *; ANCEL, *, I *; GARNIER, *, I *; MACÉ, *, I *;
P. PARISOT, O *, I *; DUFOUR, *, I *; G. THIRY, *, I *.

PROFESSEURS:

Anatomie pathologique	M. L. HOCHÉ, O *, I *
Clinique médicale	M. G. ETIENNE, O *, I *
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées.	M. L. SPILLMANN, O *, I *
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie.	M. FRÉLICH, *, I *
Physiologie	M. M. LAMBERT, *, I *
Clinique obstétricale et Accouchements.....	M. A. FRUHNHOLZ, O *, I *
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. P. JACQUES, *, I *
Clinique de chirurgie urinaire	M. P. ANDRÉ, *, I *
Histologie	M. R. COLLIN, *, I *
Anatomie descriptive	M. M. LUCIEN, *, I *
Clinique chirurgicale	M. G. MICHEL, *, I *
Clinique médicale	M. L. RICHON, *, I *
Chimie médicale	M. H. ROBERT, *, I *
Thérapeutique	M. M. PERRIN, *, I *
Hygiène et médecine préventive	M. J. PARISOT, C *, I *
Clinique chirurgicale	M. HAMANT, *, I *
Clinique ophtalmologique	M. P. JEANDELIZE, *, I *
Hydrologie	M. SANTENOISE, *, A *
Clinique des maladies des enfants	M. L. CAUSSE, *, I *
Bactériologie	M. DE LAVERGNE, *, I *
Professeurs sans chaire	M. L. JOB, *, I *
	M. WATRIN, *, I *

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES:

Clinique des maladies tuberculeuses	M. M. PERRIN, *, I *, professeur.
Pathologie générale	M. P. SIMONIN, A *, agrégé.
Clinique gynécologique	M. P. SIMONIN, A *, agrégé.
Pathologie externe	M. A. BINET, *, I *, agrégé libre.
Clinique des maladies contagieuses	M. GUILLEMIN, A *, agrégé.
Propédeutique dermatologique	M. DE LAVERGNE, *, I *, professeur.
Médecine opératoire	M. WATRIN, *, I *, prof. s. chaire.
Electrothérapie et radiologie	M. M. BARTHÉLEMY, *, I *, ag. 1.
Accouchements (cours théorique)	M. G. LAMY, *, I *, ch. du c., ag. 1.
Obstétrique	M. JOB, *, I *, prof. sans chaire.
Clinique propédeutique médicale	M. VERMELIN, *, A *, agrégé.
Anatomie et Médecine légale	M. DROUET, A *, agrégé.
Pathologie interne	M. MUTEL, *, I *, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. ABEL, *, I *, agrégé.
Education physique (1)	M. HAMEL, *, docteur.
Physiologie du travail	M. L. MERKLEN, A *, agrégé.
Clinique neurologique (1)	M. L. MERKLEN, A *, agrégé.
Propédeutique O.-R.-L. (1)	M. MICHON, docteur.
Parasitologie	M. AUBRIOT, docteur.
	M. DOMBRAY, docteur.

AGRÉGÉS EN EXERCICE:

MM. MERKLEN, A *	MM. POURSINES.	MM. GUILLEMIN, A *
FLORENTIN.	MELNOTTE, O *	ABEL, *, A *
BODART.	MUTEL, *, I *	DROUET, A *
CHALNOT.	VERMELIN, *, A *	SIMONIN, A *
WOLFF.		

AGRÉGÉS LIBRES:

MM. G. GROSS, *, I *; S. RÉMY, I *; BUSQUET, I *;
M. FAIRISSE, I *; BINET, *, I *; BARTHÉLEMY, *, I *; LAMY, *, I *.

M. E. TRIBOLET, I *, Secrétaire

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.



A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE BIEN-AIMÉE

A MON PÈRE

*Trop faible témoignage de ma profonde
reconnaissance.*

A MA FEMME

A MA FILLÉ

A MES BEAUX-PARENTS

A MES PARENTS ET AMIS

A mon Président de Thèse

M. LE PROFESSEUR SPILLMANN

Doyen de la Faculté de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

A mes Juges:

M. LE PROFESSEUR WATRIN

Chevalier de la Légion d'honneur

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DROUET

Chargé de cours de Clinique propédeutique

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MERKLEN

*A mes Maîtres à la Faculté
et dans les Hôpitaux*

INTRODUCTION

Le but de cette étude sera volontairement circonscrit : il concernera très limitativement le traitement des Pemphigus vrais.

Nous voulons, en effet, n'envisager à ce point de vue que ce groupe de dermatoses, car elles nous paraissent, par tous leurs caractères, jouir d'une autonomie toute spéciale ; c'est dire que, du groupe complexe des maladies bulleuses, nous individualiserons pour n'en point parler :

1° Le pemphigus congénital, ou pemphigus successif à kystes épidermiques, qu'on s'accorde à reconnaître comme une dystrophie épidermique, à caractère ordinairement congénital, souvent familial et héréditaire.

2° Les états pemphigoïdes, c'est-à-dire les affections accidentellement bulleuses ou dont le caractère bulleux n'est qu'épisodique, telles que :

Les eczémas et urticaires bulleux ;

Les toxidermies bulleuses ;

Les syphilides bulleuses et en particulier ;

Le pemphigus congénital palmoplantaire du nourrisson hérédosyphilitique ;

Les impetigos bulleux à streptocoques où rentrent aussi les pemphigus épidémiques des nouveau-nés;

Les érysipèles bulleux;

Les érythèmes polymorphes bulleux, ainsi que les hydroas vésiculobulleux.

3° La dermatite polymorphe douloureuse ou maladie de Dühring que sa nature étiologique particulière, ses caractères cliniques de polymorphisme, avec bulles, vésicules herpétiformes, érythèmes, prurit, individualisent très nettement, au même titre que son évolution si curieusement récidiviste et sa tendance indéniable à la guérison.

Tout au contraire les pemphigus vrais par leur étiologie toujours discutée, par leurs caractères cliniques spéciaux et qui sont toujours graves, par leur évolution presque toujours mortelle forment un groupe très à part.

C'est à ce groupe que nous limiterons notre étude thérapeutique.

Signalons d'emblée la difficulté qu'il y a à interpréter nombre d'observations publiées, car le diagnostic de pemphigus est souvent porté par les auteurs, alors qu'à la lecture de leur texte, celui d'érythème polymorphe bulleux ou de la maladie de Dühring paraît plus probable.

Il en résulte que nombre de cas de guérison signalés pour des pemphigus vrais doivent être très critiqués. De plus, ceci expliquera facilement les divergences d'opinions des chercheurs quant aux résultats obtenus par tel ou tel mode thérapeutique.

CHAPITRE PREMIER

LES DIFFÉRENTS PEMPHIGUS

Maladie bulleuse, le pemphigus présente plusieurs variétés que nous allons passer rapidement en revue.

En premier lieu nous étudierons :

LE PEMPHIGUS FÉBRILE AIGU GRAVE

Son étiologie se rapporte le plus vraisemblablement à une septicémie.

Il apparaît dans la grande majorité des cas chez des sujets infectés par une blessure.

Il s'agit le plus souvent d'individus qui manient des animaux morts, tels que les bouchers, les cuisiniers et les équarisseurs.

Dans leur travail ils se font une piqûre avec leurs outils et s'infectent par cette brèche.

L'infection présente habituellement un début brusque, rapide, solennel. D'emblée la situation devient impressionnante, l'évolution a l'allure d'une infection grave.

L'éruption n'apparaît pas encore à ce moment. Il y a septicémie avec tout le cortège de ses signes alarmants, mais la peau est intacte.

Au bout de 48 heures ou même de 24 heures, après ce début apparaît une éruption cutanée.

Celle-ci évolue d'abord très discrètement. Les bulles sont de petite dimension et disséminées sur la peau en aires réduites.

La généralisation se produit par poussées successives le plus souvent, quelquefois d'une façon progressive et continue.

L'épiderme est recouvert de bulles séreuses ou hémorragiques qui se développent soit en peau saine, soit sur une plaque érythémateuse.

L'évolution de ces bulles est constante et identique à elle-même.

Le liquide des bulles devient rapidement séro-purulent.

Les bulles éclatent, se déchirent et se flétrissent en laissant place à des exulcérations de dimensions très variables.

Si la peau est toujours intéressée, les muqueuses ne sont pas toujours indemnes, et assez souvent, les bulles se développent largement sur les différents revêtements muqueux.

Quant aux symptômes généraux, ils sont très marqués et très inquiétants.

La fièvre est toujours très élevée et la mort en est rapidement la terminaison habituelle. Très exceptionnels sont les cas dont on a pu constater l'heureuse issue.

PEMPHIGUS SUBAIGU MALIN A BULLES EXTENSIVES
DE BROCO

Il semble également causé par une septicémie. PAUTRIER a pu, en partant du liquide des bulles d'un pemphigus à bulles extensives, obtenir sur la cornée du lapin des lésions transmissibles en série, analogues à celle que l'on obtient avec les virus filtrants.

L'évolution est plus discrète; l'état général reste satisfaisant pendant assez longtemps, puis progressivement la maladie change d'allure et devient très grave.

C'est un syndrome clinique particulier « offrant la physionomie générale des grandes infections sans températures élevées; mais avec prostration frappante du sujet qui reste étendu sur son lit sans bouger, immobilisé d'ailleurs par d'atroces souffrances qui surviennent au niveau de ses excoriations dès qu'il veut faire un mouvement, ne parlant même qu'avec la plus grande difficulté, à cause des lésions du pharynx, du voile du palais, de toute la muqueuse buccale et des lèvres, toutes lésions superficielles, mais extrêmement douloureuses.

« Au point de vue évolutif, ce syndrome est caractérisé par un début fréquent par les muqueuses et au point de vue objectif par l'aspect tout à fait spécial des lésions cutanées qui offrent rapidement au niveau des bulles rompues, des surfaces à vif, suintantes, sanguinolentes, sans tendance à la réparation, et qui s'étendent progressivement par les bords, par décollement de l'épiderme corné.

Cette extension périphérique à la manière d'un impétigo d'une virulence extrême, sans tendance à la cicatrisation du centre des lésions, jointe à la gravité de l'état général malgré une fièvre modérée, les souffrances éprouvées par le malade, tous ces symptômes nous paraissent constituer un ensemble caractéristique qui donne à cette forme morbide un aspect tout spécial, et qui permet non seulement de la différencier d'emblée des dermatites polymorphes, mais encore de toutes les autres affections bulleuses, et qui autorise à porter un pronostic des plus graves » (L. BROcq, *loc. cit.*).

En résumé le pemphigus subaigu malin à bulles extensives de Brocq se caractérise par un début moins brutal que celui du pemphigus aigu fébrile grave.

Dans la plupart des cas, les muqueuses sont le siège des premières lésions bulleuses. L'extension des bulles ne se fait qu'ensuite au niveau de la peau.

Un des caractères de cette variété réside dans le fait suivant :

Une fois la bulle rompue, l'épiderme poursuit son décollement en périphérie de la même manière que l'ecthyma.

L'emplacement de l'exulcération mis à nu s'étend suivant un processus excentrique sans se cicatriser.

La fièvre est assez modérée.

L'évolution morbide est assez lente ; elle se poursuit dans une altération de plus en plus profonde de l'état général pour conduire le malade à la mort dans des délais très variables.

PEMPHIGUS CHRONIQUE VRAI

C'est une affection assez rare. On la rencontre surtout chez des sujets débilités. Sa nature est inconnue. Elle est presque toujours mortelle. La lésion élémentaire est une bulle qui apparaît en quelques heures et d'emblée sur une peau saine en apparence.

Nous disons d'emblée, car aucune aréole inflammatoire ne se manifeste avant son apparition.

A l'examen histologique, cette bulle est formée d'une cavité remplie de sérosité sans éosinophiles et sans microbes.

Elle se situe soit immédiatement sous la couche cornée, soit en plein corps muqueux, soit à l'union de l'épiderme et du derme.

La bulle est ronde, à bords bien limités, elle bombe sous la poussée de la sérosité sous tension.

Le liquide qu'elle contient est transparent, citrin.

Ses dimensions varient de celles d'une lentille, à celle d'un œuf de poule et même davantage.

Cette bulle peut se dessécher en formant une croûte. Plus souvent elle se rompt. A ce moment apparaît une surface rutilante, humide, plane, environnée d'une collerette formée par l'épiderme déchiré.

Il en résulte une exulcération qui ne tarde pas à s'épidermiser, et une tache rouge-brun qui persiste longtemps avant de disparaître.

La bulle peut aussi s'infecter secondairement. Dans ce cas, son contenu devient louche, purulent.

Autour de cette bulle se forme une aérole inflammatoire.

Même infectée, cette bulle finit par se rompre et elle crée une exulcération infectée.

Dans le pemphigus ulcéreux, lié à une infection secondaire, l'exulcération se creuse. Dans le pemphigus gangréneux, elle devient gangréneuse.

Dans le pemphigus hémorragique, la sérosité bulleuse est accompagnée d'un exsudat sanguin.

Dans le pemphigus diphtéroïde, l'exulcération de la bulle est recouverte d'une sécrétion grise.

L'éclosion de la bulle dans le pemphigus chronique est souvent indolore. Ni sensation de cuisson ou de brûlures n'accompagnent son apparition.

C'est justement ce caractère clinique qui sépare, suivant L. BROcq, le pemphigus chronique vrai des dermatites polymorphes douloureuses.

Ces bulles apparaissent suivant certains lieux d'élection qui sont : *pour la peau* : le tronc, les membres, les plis de flexion, les points de pression ou de friction avec un aspect assez souvent symétrique.

Pour les muqueuses : la bouche et le pharynx sont souvent le siège de la lésion initiale.

La bulle se rompt vite et laisse place à un enduit diphtéroïde. Les muqueuses, conjonctivales, pituitaires, vaginales sont moins souvent atteintes.

Cependant on a signalé à plusieurs reprises des accidents graves oculaires, tels que rétraction cicatricielle de la conjonctive, inflammation de la cornée et même de la cécité.

Le processus morbide s'étend à toute la surface cutanée.

A tel point que dans bien des cas une simple friction du doigt sur les téguments provoque un léger décollement des couches superficielles là où l'on ne voit pas de bulles. C'est là le signe de Nikolsky.

Cette affection évolue lentement, mais suivant une aggravation constante.

Au niveau de la peau les bulles se généralisent à tout le corps par poussées ininterrompues.

Les éléments bulleux anciens persistent à côté des éléments jeunes à tel point que l'on se trouve en présence d'un polymorphisme qui n'est qu'apparent et non réel.

Au début la cicatrisation d'une bulle se fait en huit à dix jours. Dans la suite les bulles se cicatrisent de moins en moins facilement et les téguments sont couverts de grands placards de croûtes.

L'état général est très atteint.

On constate de l'amaigrissement, une grande asthénie, des troubles digestifs, tels que diarrhée et vomissements.

Le pemphigus chronique vrai vulgaire peut durer de quelques mois à deux années.

Le malade succombe dans la cachexie.

Dans certains cas, cette affection évolue vers le pemphigus foliacé, puis de l'éruption bulleuse on passe à l'érythrodermie généralisée avec desquamation lamelleuse. C'est l'herpétide maligne exfoliatrice de BAZIN.

PEMPHIGUS FOLIACÉ

C'est une maladie grave, étudiée surtout par CAZENAVE.

Il peut être primitif. Il atteint surtout les débilités de l'âge adulte.

Le visage, le thorax, l'abdomen sont le siège électif de l'apparition de l'éruption.

Les bulles sont flasques, ridées, plates contenant une très petite quantité de sérosité.

L'exulcération suinte. Elle apparaît vite car l'épiderme est fragile et se déchire facilement.

Les bulles, par poussées successives plus ou moins rapides, apparaissent nombreuses et deviennent confluentes.

La sérosité qu'elles contiennent est de plus en plus restreinte.

Les bulles sont souvent réduite à une simple décollement des couches superficielles des téguments.

Quand l'épiderme est enlevé le derme apparaît rutilant, infiltré et continue à desquamer.

Finalement la peau est envahie dans sa totalité, et présente des squames « moins lamelleuses, moins nacrées, moins transparentes, plus épaisses, plus jaunâtres » que dans les érythrodermies exfoliantes généralisées; elles sont « comme graisseuses et humides. Le derme sous-jacent est plus suintant et paraît légèrement macéré » (BROCQ).

Les plis de flexions suintent un liquide poisseux mêlé aux débris épidermiques.

Cette affection présente en même temps une atteinte des phanères qui se traduit par de l'alopecie et la chute des ongles.

Le prurit, la sensation de brûlure sont variables dans leur intensité; mais le malade est très sensible au froid.

L'évolution tend à la chronicité. Elle dure souvent fort longtemps. (de 4 à 6 ans).

Malgré l'atteinte grave des téguments l'état général reste pendant longtemps relativement peu modifié.

Cependant l'amaigrissement, l'asthénie et des troubles digestifs, tout comme dans le pemphigus chronique, conduisent le malade à la cachexie et à la mort.

PEMPHIGUS VÉGÉTANT DE NEUMANN

C'est une maladie aussi de l'âge adulte. Elle est rare.

Pour PERNET, ce serait une infection du pemphigus chronique, déterminée par le bacille pyocyanique.

Au stade initial les bulles sont les mêmes que dans le pemphigus chronique, plus tard on constate un corps muqueux épaissi au niveau des végétations.

A la partie inférieure du derme et de l'hypoderme, l'histologie nous révèle des lésions d'artérite et de phlébite oblitérantes.

La muqueuse bucco-pharyngée, est le siège d'élection du début de l'éruption. Ensuite les bulles gagnent la commissure des lèvres, puis les plis articulaires, le pourtour des ongles, les espaces interdigitaux et toutes les muqueuses.

L'éruption est faite de bulles dont le contenu citrin devient vite purulent et qui précèdent des exulcérations. Ces dernières ne cicatrisent pas et font place à des végétations.

A la période d'état la lésion est formée d'éléments en saillie, ressemblant à des papilles de hauteur inégale. Ces éléments suintent un liquide fétide qui laisse en séchant une croûte noire jaunâtre.

La cuisson et la sensation de brûlure sont assez intenses. L'alimentation est très gênée par les lésions bucco-pharyngées.

L'évolution est incessante et extensive.

L'état général est profondément touché. En six à sept mois le malade succombe par cachexie ou maladie intercurrente.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE DES PEMPHIGUS

Le traitement des pemphigus ne peut être envisagé sans que soient rappelées les quelques connaissances acquises sur l'étiologie et la pathogénie des pemphigus.

Nous tenons à signaler d'emblée que ces hypothèses se ressemblent toutes par les grandes difficultés rencontrées dans les recherches de laboratoire dont elles sont le fruit et par leur grande instabilité.

En effet, si nous suivons avec attention les travaux entrepris sur l'étiologie du pemphigus, il nous apparaît nettement que, à côté de ceux qui procèdent par affirmations trop incertainement assises, en existent d'autres qui ne choisissent pas entre les hypothèses émises.

PROHAZKA reconnaît au pemphigus des origines multiples.

Cependant, il veut bien admettre que si dans beaucoup de cas l'étiologie reste un mystère, il est des cas où une infection et même un trouble endocrinien peuvent se révéler à un examen très attentif.

Cela nous permet déjà de comprendre combien la thérapeutique peut devenir plus active et mieux éclairée.

Pour cet auteur c'est dans les cas où l'élément causal avait été mis à jour, et traité bon gré, mal gré, que la guérison avait pu survenir.

THÉORIE INFECTIEUSE

Certains auteurs parmi lesquels WEIDENFELD, FELKE et NAGELL, RICHTER se rallient à l'origine nettement microbienne du pemphigus.

En effet, WEIDENFELD a réussi à injecter le contenu des bulles du pemphigus et à obtenir ainsi la reproduction de nouvelles bulles. Devant ces faits l'auteur a jugé bon de conclure à l'existence dans le liquide bulleux d'une substance toxique d'origine microbienne.

FELKE et NAGELL ont eu l'idée de cultiver le sang et le contenu des bulles de deux malades atteints de pemphigus.

Le résultat microscopique fut pour eux la découverte d'un diplocoque à Gram positif identique au bac-pemph. DE EBERSON.

RICHTER, de son côté a pu trouver les mêmes microbes dans des préparations issues de cinq cas de pemphigus.

De son côté MAC EWEN, et un an plus tard MARIO ARTOM et CREYX, signale un cas de pemphigus chronique chez qui il a pu constater la présence de

streptocoques dans les bulles et dans le sang avant et après la mort.

Malgré l'intérêt incontestable que peuvent présenter ces résultats, leurs auteurs se tiennent dans une réserve rigoureuse pour apprécier la valeur de leurs recherches de laboratoire.

En un mot, ils hésitent à reconnaître la spécificité du diplocoque découvert.

THÉORIE PARASITAIRE

L'Ecole Italienne: TOMMASI, COPPELLI, VALLEONESI ainsi que le professeur RADAELLI, s'est appliquée beaucoup à soutenir l'origine parasitaire du pemphigus.

De son côté, en Allemagne, B. LIPSCHUTZ s'était attaché à poursuivre des études cytologiques très poussées.

Il en est arrivé à conclure que dans le pemphigus nous nous trouvons en présence d'une affection causée par des protozoaires et qu'il faut poursuivre avec insistance les recherches dans ce sens.

Récemment, dans les travaux plus rapprochés de nous, il est net que l'origine microbienne de cette affection est loin de satisfaire les esprits des auteurs, tels que BERNHART qui en arrivent avec REISS et URBACH à l'impossibilité de démontrer, par des méthodes expérimentales, l'origine infectieuse du groupe des pemphigus.

Avec GÖRL on voit se dessiner un scepticisme de plus en plus marqué.

Cet auteur conçoit, d'une façon très séduisante, une parenté possible entre les maladies telles que la variole, la varicelle, l'herpès, le zona et le pemphigus.

Partant de cette idée, il a pu obtenir des résultats intéressants dans sa thérapeutique des pemphigus (lymphe vaccinale).

Pour GÖRL, le virus du pemphigus est un virus neurotrope, particulièrement attiré par le sympathique.

Et selon le lieu d'attaque par ce virus, on peut voir apparaître soit du zona, soit de l'herpès, soit enfin du pemphigus.

THÉORIE NERVEUSE

Après GÖRL, le Professeur BUSCHKE de Berlin a étudié lui aussi cette conception.

Sa conviction est la suivante: « Il s'agit, dit-il, très probablement d'une maladie infectieuse qui est causée par un virus neurotrope.

Cette affection serait localisée avec prédilection dans les cornes postérieures de la moelle, dans les faisceaux de GOLL et les colonnes de CLARKE ».

Poursuivant ses recherches dans l'étude des lésions nerveuses du Pemphigus, le Professeur BUSCHKE est arrivé à conclure que le mésocéphale renferme un centre sympathique dont les troubles jouent un rôle dans la pathogénie du Pemphigus.

Pour agir ainsi, ce centre doit avoir subi des altérations. Ces dernières peuvent être dues à des affections telles que la tuberculose, les tumeurs, les intoxications, etc...

Il n'est d'ailleurs pas le seul à avoir signalé des lésions nerveuses au cours d'un Pemphigus. BABES, EP-PINGER, KREIBICH, MARBURG, P. MEYER, en ont constaté à plusieurs reprises.

Si l'étiologie du Pemphigus comporte tant d'incertitudes, il est naturel que les conceptions pathogéniques en soient multiples.

Cependant, il nous faut retenir la conception unitaire du Professeur R.-V. LESZCZYNSKI.

Cet auteur ne voit dans toutes les formes de Pemphigus qu'une seule et même maladie. Evidemment les évolutions en sont variables tantôt en Pemphigus malin, tantôt en Pemphigus bénin.

« Il y a uniquement une seule maladie, le Pemphigus chronique » qui peut évoluer sous plusieurs aspects cliniques.

C'est ou bien un Pemphigus malin (Pemphigus vulgaire, Pemphigus exfoliatus, Pemphigus vegetans), ou bien un Pemphigus bénin (Pemphigus circanatus, Pemphigus pruriginosus, Pemphigus herpetiformis) »

Cette opinion n'est pas celle du Professeur RUETE : pour lui, le Pemphigus végétant a un caractère bien distinct de celui des autres Pemphigus.

Dans cette forme il n'admet pas que soient mis en cause ou bien un agent infectieux, ou bien une lésion du système nerveux.

Mais par contre, il la rattache à un trouble sérieux du métabolisme général ou à une altération des glandes endocrines.

THÉORIE NEURO-ENDOCRINIENNE

A ce propos, il nous semble utile de passer en revue les différents travaux effectués sur l'importance des altérations endocrines et nerveuses dans l'étiologie et la pathogénie des Pemphigus.

BERTACCINI s'est aperçu comme bien d'autres que la Dermatologie s'oriente de plus en plus dans la recherche des relations entre les maladies de peau et celles des divers organes.

C'est ainsi que dans le Pemphigus les graves manifestations générales, qui accompagnent les accidents cutanés, donnent bien l'impression qu'il ne s'agit pas d'une simple affection de la peau, mais que tout l'organisme participe à un processus morbide dont la nature est encore fort obscure.

BERTACCINI s'arrête tout particulièrement sur la théorie neurotrophique à l'appui de laquelle les recherches histologiques faites par les divers auteurs ont incriminé les lésions les plus variables quant à leur siège et à leur nature.

Mais il attache une importance particulière à un travail de BUSCHKE et OLLENDORF, basé sur les recherches histologiques de BIELSCHOUSSKY qui ont mis en évidence de grosses lésions dans les *centres supérieurs du sympathique*, c'est-à-dire dans la *région hypothalamique* et dans le *tuber cinereum*, dans le *locus niger*, et dans le *noyau rouge*.

BERTACCINI, aux observations déjà publiées, en ajoute une nouvelle.

Il s'agit d'un cas de Pemphigus à évolution rapide et grave avec température élevée, délire et obtusion sensorielle. L'autopsie et les recherches histologiques révélèrent des constatations intéressantes: l'hypophyse, l'épiphyse, les surrénales, les testicules présentaient un état d'atrophie plus accentuée, visible macroscopiquement, encore plus nette au microscope, surtout au niveau du testicule dont les éléments actifs étaient presque complètement disparus, à un degré tel que cette disparition ne pouvait s'accorder avec les 55 ans d'âge du malade.

Au niveau du système nerveux central, les lésions se révélèrent encore plus importantes. Elles siégeaient au niveau des *couches optiques*, du *noyau lenticulaire*, du *noyau caudé*, et aussi dans le *noyau rouge* et le *locus niger*.

Il s'agissait d'infiltration périvasculaires, de densifications périlymphatiques, de zones d'éclaircissement des cellules et surtout de phénomènes importants de *neuronophagie*.

En somme c'étaient là des lésions qui par leur type et leur siège confirmaient entièrement les travaux de BUSCHKE.

A bon escient ce Pemphigus peut nous étonner en présentant de telles lésions nerveuses à côté de symptômes neurologiques si discrets, se limitant à un certain état de stupeur.

Mais il faut tenir compte que les lésions n'atteignaient pas les centres moteurs, mais seulement ceux de la vie végétative.

A l'appui de la théorie endocrinienne, il nous faut signaler à côté des travaux de BERTACCINI, ceux de MARTINOTTI, WERTHER, PLAMUR et DE BUSCHKE, ceux de FONTANA qui a fait l'étude des rapports entre les glandes sexuelles et le pemphigus végétant de NEUMANN.

Cet auteur apporte deux observations personnelles qui confirment l'opinion de FERRARI.

Il s'agit de deux femmes atteintes de la maladie de Neumann, présentant des altérations génitales et notamment une atrophie des ovaires (hyperinvolution génitale) accompagnée de la persistance anormale de la sécrétion du colostrum.

FONTANA conclut à ceci :

1° Le pemphigus se rencontre plus spécialement dans le sexe féminin.

2° Ces malades sont souvent atteintes de dysménorrhée et d'aménorrhée.

3° Dans un certain nombre de cas la maladie bulleuse a commencé vers la fin de la grossesse, ou après des allaitements prolongés, nombreux, persistants.

4° Dans les deux cas cités par FONTANA, l'examen gynécologique a révélé une *involution ovarique précoce* accentuée, et la persistance d'une sécrétion anachronique de *colostrum*.

5° En cinquième lieu, plusieurs auteurs ont découvert à l'autopsie des lésions et des atrophies des ovaires et de l'utérus.

Une remarque importante qui paraît infirmer l'hypothèse d'une relation étiologique entre les lésions génitales et cutanées, c'est que le traitement par les

extraits ovariens s'est montré totalement inefficace.

Mais cette carence opothérapique peut être liée à l'imperfection des produits utilisés ou à leur inassimilation.

Une greffe ovarienne donnerait peut-être de bien meilleurs résultats.

THÉORIE TOXIQUE

Il importe aussi de signaler la théorie de Kartamischeff, qui rattache le pemphigus à une rétention des chlorures, appréciable chez les malades atteints de cette dermatose.

Pour lui cette maladie serait à rapporter à un trouble de la nutrition générale.

Vraiment en face de ces différentes théories étiologiques évoquées tour à tour, dans le chaos des causes étiologiques du pemphigus et dans l'indigence des notions précises sur ses causes, il nous faut reconnaître qu'aujourd'hui encore nous avons à faire à une maladie bulleuse de nature indéterminée.

De nombreuses recherches chimiques, bactériologiques, anatomo-pathologiques, seront encore nécessaires pour résoudre ces questions.

Cependant le pemphigus apparaît dès maintenant comme une véritable cachexie de la peau à laquelle beaucoup de causes peuvent contribuer.

Ceci explique la multiplicité des thérapeutiques qui ont été successivement et diversement orientées suivant les conceptions des dermatologistes.

Leur inefficacité relative est une preuve de plus de notre carence de connaissances étiologiques.

Il en résulte un manque d'unité de vue qui se retrouvera dans l'exposé que nous ferons des traitements de cette affection cutanée.

Seulement il ne faut pas perdre de vue que tous les auteurs s'entendent à reconnaître qu'aujourd'hui nous sommes beaucoup moins désarmés pour traiter un pemphigus que nous l'étions il y a environ 15 ans.

CHAPITRE III

LES TRAITEMENTS DU PEMPHIGUS HISTORIQUE ET PLAN

La lecture des vieux traités de Dermatologie n'apporte guère, du chapitre du traitement des pemphigus, que des notions purement symptomatiques.

Les anciens auteurs qui connaissaient pourtant bien cliniquement les pemphigus, ignoraient absolument tout de sa nature. Aussi se bornaient-ils à des précautions d'hygiène, à la prescription d'un régime aussi réparateur et aussi assimilable que possible, et à l'utilisation de quelques toniques et reconstituants parmi lesquels l'huile de foie de morue, le fer, le quinquina, les phosphates, l'arsenic, avaient la place de choix. Avec BROcq, on en vint à utiliser pour modérer le développement des bulles, des préparations à base de quinine, belladone et ergotine. Puis avec l'apparition des arsenobenzènes et des arsénicaux pentavalents, de nouveaux espoirs furent permis.

Un peu plus tard des médications à tendance plus pathogénique virent le jour : Vasoconstricteurs, traitements de choc. Actuellement c'est dans le groupe

des médicaments antiseptiques plus ou moins complexes que les dermatologistes ont poussé leurs recherches: ces dernières années, de nombreux médicaments nouveaux ont vu le jour; leur formule est des plus complexes et leur toxicité est malheureusement un obstacle à leur utilisation. Aussi y-a-t-il encore bien des recherches à poursuivre pour leur mise au point. Mais ils ouvrent néanmoins la voie à de grands espoirs.

Nous allons essayer de grouper tous ces traitements en paragraphes distincts, autant que possible, selon leur mode d'action, ce qui nous permettra de distinguer:

A) *Traitement local;*

B) *Traitement général.*

§ 1. *Les traitements diététiques.* — Hygiène générale, régimes.

§ 2. *Les traitements biologiques.* — Vitamines, vaccins, maladies intercurrentes, endocrinothérapie.

§ 3. *Les traitements physiothérapiques.* — Radiothérapie, rayons ultra-violets, rayons de Bucky.

§ 4. *Les traitements médicamenteux.* — Les toniques, les médicaments de choc, les arsenicaux, les vaso-constricteurs, les antiseptiques.

TRAITEMENT LOCAL

Nous insisterons peu sur ce mode thérapeutique. Nous nous rappelons que le pemphigus est une dermatose irritable, à peau très fragile, qu'il faut traiter avec les mêmes ménagements qu'une brûlure grave.

TRAITEMENT DU PEMPHIGUS VRAI

Sur la peau:

Localement on a proposé une série d'agents thérapeutiques variés.

1° *Les bains:*

a) Bains simples continus (HEBRA).

b) Bains antiseptiques.

A l'eau d'Alibour;

Au sulfate de zinc (15 à 40 gr. par bain);

A l'eau de Saint-Cristau;

Au permanganate de potasse;

(0 gr. 05 à 0 gr. 20 par litre) (BALZER).

c) Réducteurs:

Au goudron.

D'après la technique de Leistikow le malade est enduit avant le bain, sur toute la surface du corps avec:

Goudron de houille brut lavé	300 gr.
Alcool à 95°	200 gr.
Ether sulfurique	100 gr.

On laisse sécher puis le malade entre dans un bain simple et y reste une à plusieurs heures.

Ces bains se font avec ou sans onction à l'huile de cade (HEBRA).

A l'ichtyol :

250 gr. à 300 gr. d'ichtyol par bain.

Durée : 15 à 30 minutes.

2° *Les poudrages :*

Au sous-nitrate de bismuth ;

Au talc ;

A l'oxyde de zinc.

Plusieurs applications par jour (JOSEPH).

3° *Les badigeonnages :*

A la *teinture d'iode pure sous anesthésie*. Suivant le rapport de C. MULLER, un pemphigus végétant aurait été guéri.

Aux colorants viraux :

Solution violette de Milian (pour cautériser les bulles ouvertes).

Formule :

Cristal violet	50 cgr.
Vert lumière	50 cgr.
Alcool 90°	100 gr.

Bleu de Méthylène à 1 pour 200 ;

Violet de gentiane à 1 pour 100.

Trypafline.

Solution à 1 % dans l'alcool.

(Surtout en attouchement dans le pemphigus buccal.)

Iodoformine diluée (en collutoire).

4° *Les applications de pommades:*

a) *Simple.*

a) Liniment oleo-calcaire aseptique simple ou phéniqué à 1 % recouvert de compresses aseptiques imbibées de ce liniment.

b) Huile goménolée à 5 %;

c) Huile camphrée;

d) Axonge pure.

b) *Composées:*

A l'oxyde de zinc;

Au sous-nitrate de bismuth;

Aux antiseptiques: poudre d'orthoforme, poudre de tannoforme 30 %, poudre de tannin 10 %, poudre de quinquina;

Vaseline collargolée à 10 % (PAUTRIER).

Sur les muqueuses:

Les lésions des muqueuses existent parfois seules. Elles seront traitées par: lavages et bains de douche à l'eau de Saint-Cristau.

Solutions aqueuses de borate de soude;

Solutions aqueuses de borate, de bicarbonate de soude.

Solutions aqueuses de borate, de chlorate de potasse.

Attouchements au bleu de méthylène à 0,40 %.

Attouchements au permanganate de potasse.

TRAITEMENT LOCAL DU PEMPHIGUS VÉGÉTANT

Il est plus énergique en raison des placards végétants que celui du pemphigus vrai. Pour le traiter, il faut employer la radiothérapie, le permanganate de potasse en solution de 2 à 5 %.

DUBRANILH recommande de saupoudrer avec de la poudre de sabine, additionnée de 10 % d'acide salicylique ou d'alun calciné, ou de resorcine ou l'une des formules utilisées autrefois contre les végétations.

En cas d'échec, le thermo-cautère est utilisé en procédant par aéro-thermocautérisations et curettages successifs comme dans le traitement du loup.

La guérison doit être très surveillée.

En cas de récurrences, il est bon d'utiliser une solution de trichlorure d'iode à 0,10 %, en poudrant avec de la poudre d'Alibour :

Sulfate de cuivre: 0 gr. 25 à 0 gr. 50;

Sulfate de zinc: 0 gr. 10 à 1 gr.

Talc: 100 grammes.

Pommade au collargol.

TRAITEMENT LOCAL DU PEMPHIGUS FOLIACÉ

On institue le même traitement que dans le pemphigus chronique pour soulager le malade avec par exemple le liniment oléo-calcaire.

BROCC a obtenu « quelques bons effets de l'emploi

de pommades faibles à base d'hamamélis, d'ichtyol et de goudron », dont voici une formule :

Teinture d'hamamélis virginica...	3 gr.
Axonge	30 gr.

Enfin l'usage de draps et de linge stérilisés préconisé par WEILL est tout à fait recommandable pour toutes les variétés de pemphigus.

CONCLUSIONS AU TRAITEMENT LOCAL

En réalité les traitements locaux devront être adaptés à la résistance du malade, à son état général, à la tolérance de sa peau, à sa sensibilité spécifique et à l'étendue de ses lésions.

Dans certaines conditions d'installation, les bains très prolongés apporteront de grands soulagements aux souffrances locales ; mais il faut tenir compte de la fatigue générale qu'ils peuvent entraîner et leur emploi doit être très surveillé.

Il faut se rappeler que les sujets atteints de pemphigus sont des plus fragiles, extrêmement sensibles au froid, guettés par les infections secondaires, auxquelles ils savent mal résister.

D'un autre côté, les poudrages, s'ils aident à l'épidermisation, créent parfois de la rétention sous des croûtes prématurément formées. Les pommades elles-mêmes, mêmes inertes, sont le plus souvent mal tolérées, échauffant les téguments, obligeant à des nettoyages fréquents et douloureux et, de plus, elles adhèrent mal sur un épiderme dénudé.

Aussi, selon les méthodes utilisées au service du Professeur L. SPILLMANN, nous en tenons nous habituellement aux soins suivants :

Bains d'amidon tous les dix ou quinze jours, selon les besoins.

Ouverture quotidienne des bulles et nettoyage sérieux des téguments.

Badigeonnage des érosions dénudées avec la solution de bleu de méthylène à 0,50 ou 1 % ; et pansement large, sans brides, au liniment oléo-calcaire.

Lorsque l'épiderme se reforme, on le protège avec une poudre inerte.

Ce traitement a l'avantage d'être le moins douloureux au moment où les soins sont pratiqués, d'être très calmant, suffisamment antiseptique et assez rapidement kératoplastique.

TRAITEMENT GÉNÉRAL

§ 1. — LES TRAITEMENTS DIÉTÉTIQUES

Actuellement en opposition aux thérapeutiques à caractère empirique d'autrefois, nous pouvons opposer aux pemphigus des traitements plus logiques, mieux étayés par l'observation scientifique.

Ceci grâce aux conceptions étiologiques nouvelles, grâce aux traitements et aux médicaments nouveaux, grâce aux recherches poursuivies par : LESZCZYNSKI, KROMAYER, MATRAS, MONCORPS, STEIN, BUSCHKE, KUMER, DAVIS, HOLLANDER, GOLDMANN, GUY, GILCHRIST, BREDÁ, OULMANN, PROETONIUS, JOSEPH, le Docteur ARZT, les Professeurs SPILLMANN, WATRIN.

Ces thérapeutiques internes sont très complexes. L'énumération des moyens proposés est longue et n'est pas chose facile.

Quant à l'efficacité de ces traitements, vantés par les uns, elle est niée ou considérée comme médiocre par les autres.

Ces différentes thérapeutiques issues de conceptions modernes, nous les grouperons sous diverses rubriques.

L'HYGIÈNE GÉNÉRALE

Elle doit être très surveillée chez les malades atteints de pemphigus.

Ils doivent être tenus dans un état de propreté des plus minutieux, obtenu notamment par la stérilisa-

tion des draps et du linge comme le recommande WEILL.

De plus ce sont des sujets à qui il faut éviter toute fatigue physique et morale.

Ce sont, en un mot, des malades qui doivent rester au lit.

THÉRAPEUTIQUE DIÉTÉTIQUE

Ce traitement se base sur les résultats obtenus par le Professeur ARZT de Vienne, en appliquant au pemphigus le régime de Gerson-Sauerbruch que l'on peut représenter par le tableau suivant :

ALIMENTS PERMIS

Potage maigre ou au lait, *sans sel*.

Viande de bœuf, mouton, porc, crue, rôtie, grillée, *sans sel*.

Volaille rôtie, poulet, *sans sel*.

Lapin.

Poissons d'eau douce, *sans sel*.

Œufs frais, crus ou à la coque, *sans sel*.

Pommes de terre, *sans sel*, cuites à l'eau ou au four, ou sautées au beurre ou en purée.

Riz, petit pois au beurre ou au sucre, carottes, poireaux, chicorée, haricots verts, céleri, artichauts, salades cuites, *sans sel*.

Sucreries, pâtisseries, *sans sel*.

Fruits cuits ou crus (confitures, marmelades, compotes).

Lait et laitages.

Beurre frais, crème fraîche, fromage *sans sel*.

Pain ou biscottes *sans sel*.

Boissons:

1 litre à 1 litre 1/2 de boisson: (eau, infusion).

Les sauces et les assaisonnements seront préparés *sans sel* en employant au besoin de la gelée de viande (préparée sans sel) de l'estragon, du thym, du laurier, de l'oignon, du persil, du citron, de la farine, du beurre, des jaunes d'œuf.

Menu type:

8 heures: café au lait, sucré avec biscottes, *sans sel*, miel et beurre, un quart de litre.

12 heures: a) côtelette de mouton grillées ou rôties *sans sel*.

b) Pommes de terre sautées au beurre, *sans sel*.

c) Petits pois au beurre et au sucre, *sans sel*.

d) Fromage à la crème, *sans sel*.

e) Pain *sans sel*.

f) Un grand verre de boisson (200 cc.).

4 heures: thé au lait sucré avec biscottes (200 cc.)

7 heures:

a) Tapioca au lait *sans sel*.

b) Œufs à la coque *sans sel*.

c) Carottes à la gelée de viande *sans sel*.

d) Fruits de saison (pêche, raisin, orange).

e) Un grand verre de boisson (200 cc.).

On se méfiera cependant de ne pas débilitier l'organisme par un régime lacto-végétarien trop sévère:

et si on voit le régime échouer, ce qui est fréquent, on permettra de la viande.

Les résultats d'application de ce régime sont résumés par le Professeur ARZT en ces termes :

« Au decours de trois semaines, on a pu voir chez les trois malades en expérience une telle modification que l'on pouvait parler partiellement de guérison et partiellement d'une amélioration manifeste.

Les nombreuses vésicules ont disparu, de grandes surfaces s'épidermisent et de nouvelles vésicules ne se voient que rarement ».

Avec le Professeur ARTZ, REYN et RITTERS partagent les mêmes opinions alors que BAUM et VOLK reconnaissent n'avoir obtenu aucun résultat avec cette méthode.

Essayant d'apprécier, biologiquement le traitement diététique de ARTZ, LUITHLEN, à l'Institut de Pharmacologie de Vienne, est arrivé à la conclusion suivante :

« Les animaux nourris avec un régime pauvre en chlorure de sodium sont beaucoup plus vulnérables aux affections générales et aux maladies cutanées que les autres animaux soumis à un régime salé. »

§ 2. — LES TRAITEMENTS BIOLOGIQUES

VACCINE

Dans l'étude de l'étiologie nous avons constaté que GÖL, en prenant son point de départ dans des vues théoriques, en était arrivé à conclure à des liens de parenté étroite entre les virus de la variole, de la varicelle, du zona et le virus probable du pemphigus.

De là à envisager un traitement du pemphigus par la lymphé vaccinale, l'auteur s'y est trouvé logiquement porté. Et de cette thérapeutique GÖL nous a relaté des résultats intéressants. Cf. observation 1, de DAVYDOFF.

De même VOIGT qui obtint les mêmes résultats encourageants dans quatre cas, et ULMANN dans un autre cas.

Par contre des auteurs comme RILLE, STÜHMER, V. ROGUES ne peuvent aboutir aux mêmes conclusions.

L. KUMER va plus loin. Cette thérapeutique soulève dans son esprit un scepticisme entier et, loin de le rassurer, elle lui fait craindre une aggravation de la maladie.

Il pense qu'une affection grave comme le pemphigus risque beaucoup par l'inoculation d'une autre maladie, dont la gravité n'est pas toujours facile à prévoir.

VITAMINES

LYDY et MOORE DE VALIN nous signalent la guérison de six cas de pemphigus par des doses massives de Viosterol (20 à 45 cc. par jour).

Ils attribuent le pemphigus à une déficience en vitamines.

Dans la littérature nous n'avons pas relevé d'autres exemples de ce mode thérapeutique.

MALADIE INTERCURENTE

Nous avons relevé le cas d'un pemphigus signalé par REUTER guéri par l'apparition d'une érysipèle. Les éruptions bulleuse se sont taries très vite et les éléments anciens ne furent pas remplacés par des plus jeunes. D'autre part, l'état général assez touché avant l'apparition de l'érysipèle, s'améliora d'une façon notable et prompte pendant la convalescence de cette affection surajoutée.

Par contre, chez un malade atteint de pemphigus subaigu à début bucco-pharyngé de longue durée, le Professeur SPILMANN signale qu'il a constaté l'apparition d'une érysipèle au cours d'un pemphigus (*Bull. Soc. fr. de Derm.*, séance de 26 avril 1929). Cette éruption a présenté pendant plusieurs jours une température voisine de 40°, sans qu'il ait paru y avoir le moindre retentissement sur les lésions cutanées et muqueuses du pemphigus.

TRAITEMENT PAR MALADIE PROVOQUÉE

L'idée de provoquer un abcès de fixation au cours d'un pemphigus est assez séduisante surtout dans les cas où cette maladie s'accompagne de modifications thermiques importantes.

Cependant, nous n'avons pu relever qu'une seule citation de cette modalité thérapeutique.

Et encore il ne s'agit pas d'un abcès de fixation, engendré suivant la méthode classique par injection sous-cutanée d'essence de thérébentine, mais d'un épanchement pleural à pneumocoques survenu dans un cas de pemphigus foliacé à marche rapide.

Ce fait, cité par PETGÈS se résume ainsi :

« La seule vraie rémission observée, dit-il, dont la durée a été d'une vingtaine de jours, s'est manifestée tant au point de vue thermique que cutané pendant l'évolution de l'épanchement pleural à pneumocoques, qui semble avoir agi à la manière d'un abcès de fixation ou provoqué un véritable état d'anergie cutanée ». Devant de tels processus il ne nous est pas possible de conclure dans un sens ou dans l'autre.

TRAITEMENT ENDOCRINIEN

Nous avons vu dans le chapitre consacré à l'étiologie que nombre d'auteurs avaient trouvé une relation entre le développement d'un pemphigus et d'altérations des diverses glandes endocrines, constatées avant ou après la mort.

De là à envisager le traitement endocrinien du pemphigus il n'y avait qu'un pas.

Cependant FONTANA (*Il Dermosifilifrafo*, tome V, 12 février 1930, page 92, 8 fig.), nous rapporte deux observations personnelles de femmes atteintes de pemphigus, présentant des altérations des glandes génitales et notamment une atrophie des ovaires, et qui n'ont pu être guéries par l'opothérapie ovarique.

Cette médication est restée complètement sans efficacité.

Par contre Q.-T. PEK HOUR (*Vastrik Dermatologie*, n° 7, juillet 1924) nous signale de son côté un cas de pemphigus en rapport avec des lésions endocriniennes.

Il s'agissait d'une femme de 47 ans, chez qui, après une cessation rapide des règles, apparut un pemphigus foliacé à forme grave.

L'auteur n'eut aucune amélioration par des injections de thérébentine ni par l'administration d'ovarine.

Par contre la cure méthodique est prolongée par la « polyglanduline féminine » lui donna de très bons effets.

Un an après la cessation des règles et sept mois après le début du pemphigus la menstruation a recommencé et s'est prolongée régulièrement.

Les troubles cardiaques cessèrent, la kératolyse a presque tout à fait disparu et la malade reprit son travail, se sentant en bonne santé. De temps en temps seulement apparaissent quelques petites bulles sur un fond érythémateux (cf. observation II).

Il nous semble que ce cas peut être rangé parmi les phénomènes d'insuffisance pluriglandulaire, heureusement influencé par un traitement opothérapique polyvalent.

Dans nos recherches nous n'avons rencontré parmi les différents auteurs aucun fait contraire visant cette thérapeutique qui, il est vrai, a réussi dans un cas isolé.

§ 3. — LES TRAITEMENTS PHYSIOTHÉRAPIQUES

Les rayons ultra-violets et la radiothérapie ont aussi donné quelques résultats intéressants.

Les rayons ultra-violets seuls ont donné de bons résultats à GAYARROLA dans un cas de maladie de DÜHRING.

Les rayons ultra-violets associés à des applications de nitrate d'argent suivant la méthode d'HULDCHINSKY ont apporté une grosse amélioration dans un pemphigus épidémique du nourrisson traité par CATHALA et Jean MEYER (cf. observation III).

Associés soit à l'arsenic, soit à la trypaflavine, ils ont donné des résultats intéressants chez des malades traités par MATRAS, SCHERBER et L. KUMER.

Les rayons de Bucky ont aussi procuré une thérapeutique intéressante et très favorable.

A la dose de 1.000 r. par champ, tout le corps du malade était irradié en trois semaines.

Cependant ces résultats encourageants ne sont pas pour nous satisfaire entièrement, car, pour la même raison que dans les précédents chapitres, la plupart des cas de guérison sont signalés en réalité pour des malades de Dühring, pour des pemphigus épidémiques, et non pour le pemphigus vrai, qui seul intéresse notre étude.

De son côté la radiothérapie semble avoir un avenir intéressant suivant M. JOSEPH.

L'application des irradiations varie de siège avec les auteurs.

Certains l'utilisent *locale*:

H. FUHS signale cinq cas de pemphigus végétants pour lesquels la radiothérapie a eu une action d'autant plus salutaire que l'affection était localement plus grave.

Les meilleurs résultats ont été obtenus avec des quantités faibles ou moyennes.

D'autres l'utilisent *d'autres façons*:

Dans un pemphigus vulgaire en 1923 KEUTZ et KEINIG avaient déjà obtenu une sédation prolongée des manifestations cutanées par la castration radiothérapique chez une jeune fille. Les résultats furent identiques des cas signalés par SCHRENS, RUETE, ESSER et PREININGER.

Cette pratique a surtout été appliquée chez les femmes (et une seule fois chez l'homme par PREININGER), les résultats obtenus sont, pour lui, très intéressants. Par contre, KUMIER demande que ce traitement soit réservé à des cas très graves, car l'intervention n'est pas insignifiante et on ne peut jamais

être certain que le pemphigus n'évoluera pas spontanément vers une amélioration.

Il ne s'agit évidemment pas là d'une thérapeutique causale, mais d'un procédé capable de modifier la nutrition générale.

Il est vraisemblable qu'on pourrait obtenir des résultats analogues en agissant sur d'autres glandes internes.

En effet, LOUSTE et DUPUY-DUTEMPS signalent une diminution du prurit dans un pemphigus conjonctival à la suite d'une radiothérapie du corps thyroïde (6 H) (cf. observation XVI, XVII).

Nous signalerons en passant, la radiothérapie du sympathique et de la chaîne ganglionnaire préconisée par COVISA et BEJARANO, qui a donné des améliorations fugaces comme a pu le constater MADERNA dans la suite.

SEZARY a essayé de traiter un *pemphigus végétant* par la radiothérapie.

Il a donné des doses de 1.000 R. filtrés sur 1 mm. de cuivre et 2 mm. d'aluminium sous une tension de 200 K. V.

Nous sommes obligés de conclure avec lui que cette application de rayons X n'a pas eu d'autre résultat que d'augmenter en quelques jours le volume des végétations de l'aisselle gauche. Et, ce qui est décevant, c'est que les végétations de l'aisselle droite non irradiées n'ont subi pendant ce temps aucune modification.

§ 4. — LES TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX

Le traitement médicamenteux interne est beaucoup plus important.

Il est infiniment complexe. Les différents moyens proposés sont très variés et leur énumération n'est pas des plus faciles.

Sur l'efficacité de ces méthodes thérapeutiques, les avis des différents auteurs sont très partagés.

Nous nous bornerons à ne passer en revue que les médicaments les plus usités et qui paraissent avoir donné le minimum de déceptions.

LES TONIQUES

Dans tous les pemphigus l'état général est touché et nécessite des éléments réparateurs des principes déficients de l'organisme et des stimulants de la nutrition.

Aussi de nombreux médicaments ont été employés à juste titre parmi lesquels nous citerons :

Le quinquina

Utilisé sous forme : 1° d'extrait alcoolique à la dose de 1 à 2 grammes ; 2° en pilules ou potion de teinture de quinquina à la dose de 2 à 10 grammes ; 3° de vin de quinquina à la dose de 50 à 100 grammes par 24 heures.

La strychnine

Elle est utilisée sous la forme suivante:

Le sulfate de strychnine

Il se prescrit à la dose moyenne de 0 gr. 001 à 0 gr. 01. On l'ordonne soit en granules du Codex dosés à 0 gr. 001 (cinq par jour en moyenne), soit en sirop du Codex qui contient 0 gr. 005 par cuillerée à soupe (trois cuillers à café par 24 heures) soit en solution avec la formule suivante:

Sulfate de strychnine 5 cgr.

Eau 100 cgr.

dont une cuillerée à café renferme deux milligrammes et demi du produit actif (deux cuillerées à café en moyenne), soit enfin, en injections hypodermiques avec une solution au centième (0 gr. 10 pour 10 gr.) dont un cc. renferme un centigramme de sulfate de strychnine.

La digitale

Employée comme stimulant cardiaque sous les différentes formes pharmaceutiques de la digitale (poudre de feuilles, teinture de digitale, vin de Trousseau, sirop de digitale) ou sous la forme plus pratique et plus courante de digitaline cristallisée en solution alcoolique.

On prescrit, à prendre dans la journée, dans un peu d'eau et à doses fractionnées, cinq ou dix gouttes comme doses moyennes pendant dix jours, cesser cinq jours et recommencer dix jours.

Huile de foie de morue

Nous savons que cette huile renferme des alcaloïdes et divers composés iodés et phosphatés.

Elle se prescrit à la dose d'une à six cuillerées à soupe par jour chez l'adulte.

Traitement par le cacodylate de fer associé au coagulène

C'est le traitement mis en faveur en Amérique par DAVIS (*Arch. of Dermat. and Syphilis*, nov. 1927, p. 627). Cet auteur préconise des injections intraveineuses de cacodylate de fer auxquelles on ajoute chaque deuxième jour une injection sous-cutanée de 1 cc. 5 de coagulène, hémostatique physiologique qui est un extrait de plaquettes sanguines.

De cette façon, DAVIS aurait obtenu la guérison de dix cas traités.

Cet effet si heureux cité par l'auteur américain, n'est pas reconnu par la majorité des autres auteurs, et nié notamment par L. KUMER.

Traitement calcique

A plusieurs reprises, des solutions calciques dosées à des titres variables ont été employées par différents auteurs parmi lesquels DE FRANCESCHI (*Giorn. ital. delle cruel, ven. et delle pelle*, fasc. VI, 1924).

L'auteur a obtenu des améliorations très nettes en se servant en injections sous-cutanées ou intra-musculaires d'une solution polycalcique contenant :

Chlorure de calcium	0 gr. 10
Glycérophosphate de chaux..	0 gr. 20
Formiate de chaux	0 gr. 15
Valérianate de chaux	0 gr. 05
Arsenate de chaux	0 gr. 0015
Gaïacol de chaux	0 gr. 10

Il injecte en moyenne par jour 0 gr. 40 de ce mélange de sels de calcium. En même temps il prescrit à l'intérieur du fer et une préparation analogue à l'histogénol.

Cette médication se rapproche des injections intra-veineuses de solution de chlorure de calcium préconisée par SPILLMANN et WATRIN en association avec peptone, adrénaline, etc... Mais seule, elle n'a pu suffir à guérir les pemphigus.

Lavage du sang. — Nous ne citerons que pour mémoire cette méthode qui se pratiquait par des injections intra-veineuses de solution de Ringer ou de sérum physiologique. Cette méthode s'est révélée inefficace.

LES MÉDICAMENTS DE CHOC

Dans ce mode thérapeutique, nous rangerons en premier lieu les auto-sérothérapies et les auto ou iso-hématothérapies.

Avec ces moyens on a obtenu aussi quelques résultats intéressants.

Ainsi HOLLANDER (*The British Journal of Dermatology*, vol. XXXIX, n° 469, novembre 1927, p. 450) rapporte six améliorations évidentes, ainsi que GOLDMANN et GUI, GILCHRIST et OULMANN. PRAETORIUS (*An. Derm. Syph.*, 1914, p. 45) a obtenu en huit jours la guérison d'un pemphigus foliacé en injectant 20 cc. par voie intraveineuse de sang non débriné.

BREDA (*Giornale Ital. delle. mal. ven. e della pelle*, fasc. II, p. 563, Année 1934), a traité trois cas de pemphigus vulgaire par l'autohémothérapie chez des personnes d'âge moyen, assez robustes, atteintes d'éruptions intenses diffuses, étendues à la muqueuse de la bouche.

Ces trois malades ont été traités dès la première poussée de pemphigus.

Les injections de sang ont été de 8 à 10 cc. et jusqu'à 15 cc., faites dans les muscles et la fesse, tous les jours jusqu'à amélioration nette. Les résultats ont été excellents dans les trois cas. La protéinothérapie agirait en détruisant par fermentation les produits toxiques de l'infection.

Suivant CENTANNI, il est possible que le sang passé par le muscle agisse de cette façon et en surexcitant les fonctions défensives des protoplasmes cellulaires. Après cette communication BERTACCINI et PASINI déclarent avoir traité sans succès par cette méthode plusieurs cas de pemphigus vulgaire et foliacé.

Dans un cas de pemphigus indéterminé G. FRANCK (*Schweiz Medizinische Wochenschrift*, 1933, p. 44), signale un échec complet de l'autosérothérapie (cf. observation IV).

PAUTRIER signale aussi (Réunion Dermatologique de Strasbourg. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 1922) l'inefficacité de l'autohémothérapie dans un cas de pemphigus foliacé (cf. observation XX).

LES ARSENICAUX

L'arsenic a donné des résultats intéressants dans le traitement du pemphigus.

1° *Les arsenicaux trivalents*

Nous nous limiterons en les citant, car ils ont souvent donné une aggravation de l'état général comme a pu le signaler à maintes reprises le Professeur R.-V. LESZCZYNSKI.

Ce sont :

Le salvarsan. — Ce produit correspond au dichlorhydrate de diamino-dihydroxy-arsenobenzène.

Il a été désigné aussi sous le nom de préparation 606.

C'est une poudre jaune soluble dans l'eau, la glycérine et l'alcool.

Ses solutions aqueuses sont acides au tournesol. Il s'altère à l'air facilement en donnant des produits très toxiques. Aussi n'est-il délivré qu'en ampoules scellées remplies d'un gaz inerte (azote).

Il est administré en injections intra-veineuses aux doses de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 chez l'homme, 0 gr. 30 à 0 gr. 40 chez la femme.

L'injection est renouvelée tous les trois jours pour en permettre l'élimination urinaire.

En 1912, G. STUMPKE nous signale (*Berl. klin. Woch.*, XLIX, 1267), l'évolution favorable qu'il a obtenue dans un pemphigus par un traitement au salvarsan.

Nous n'avons pu savoir si cet auteur a pu confirmer dans la suite les heureux résultats constatés dans la période du début.

Dans la même année, A. LINDEMAN (Iena 8^e Borna, Leipzig) nous signale l'application du traitement du pemphigus par des injections intraveineuses de SALVARSAN, mais ne conclut pas.

Un peu plus tard I. DE AZUA (*Revue clinique de Madrid*, 1912, VIII, 281-301) nous rapporte une observation d'un homme de 54 ans à réaction de Bordet-Wassermann négative sans traces d'albumine qui était atteint de pemphigus foliacé.

Il reçut trois injections de Salvarsan.

Après la troisième piqûre il présenta une albuminurie de 3 gr. 25 par litre.

Deux semaines après cette troisième injection, il mourait d'urémie.

En somme le bilan thérapeutique de ce produit n'est pas encourageant, bien au contraire.

Le seul résultat intéressant de STUMPKE n'a pas de suite connue.

LINDEMAN n'a pu conclure. Quant au cas de AZUA il montre la toxicité de ce médicament qui a conduit à l'urémie et à la mort un homme indemne d'albuminurie quinze jours auparavant.

Novarsenobenzol. — C'est le diamino-dihydroxyarsenobenzène-sulfoxyrate de sodium.

Il est connu sous le nom de 914 et spécialisé par diverses marques (Rhodarsan, Néosalvarsan, etc...).

C'est une poudre jaune claire qui se dissout facilement dans l'eau en donnant une solution neutre.

Il possède sur l'arsenobenzol l'avantage de ne pas nécessiter de neutralisation à la soude et d'être moins toxique ou tout au moins mieux toléré.

Ses solutions ne sont pas plus stables que celles de l'arsénobenzol : elles doivent donc être préparées au moment de l'emploi.

De plus, il ne faut pas les chauffer car elles s'altèrent au-dessus de 20° à 22°.

Il est employé surtout en injections intra-veineuses à des doses qui sont une fois et demie celles de l'arsenobenzol, soit :

o gr. 60 à o gr. 90 pour les hommes ;

o gr. 45 à o gr. 75 pour les femmes ;

o gr. 15 à o gr. 30 pour les enfants.

Injections intra-veineuses de solutions concentrées.

— Le procédé Ravaut mérite d'être signalé. Pour réduire au minimum le rôle nocif attribué à l'eau (réactions thermiques observées avec les eaux qui ne sont pas de distillation récente). RAVAUT conseille de préparer et d'injecter le novarsenobenzol en *solution concentrée*.

Ce médicament a été utilisé par de nombreux auteurs ; les uns apportent la preuve de réels avantages, d'autres sont obligés de conclure différemment et de citer des exemples d'inconvénients et même d'incidents survenus au cours de son emploi.

En 1921, LEWANDOWSKY nous rapporte (SCHWEIZ *Med. Woch. Basel*, 1921, p. 233) le cas d'un pemphi-

gus qu'il est arrivé à traiter avec du Neosalvarsan et du Silbersalvarsan (SIBERSALVARSAN).

Ce malade s'est trouvé très amélioré, mais son cas n'a pas été suivi ou du moins rien n'en apparaît dans la littérature.

Dans les traitements associés nous trouvons dans la période de 1924-1925, la communication d'un auteur polonais.

KRZYWANSKI a observé (*Przegląd Dermatologiczny*, t. XIX, p. 146, 1924) à la clinique de Poznan un cas particulier de pemphigus végétant.

Il s'agissait d'une femme de 23 ans qui depuis six mois présentait des lésions végétantes de la jambe et du pied.

Absence de lésions muqueuses et de lésions autour des orifices.

Contrairement aux faits classiques, il n'existait pas de bulles. La lésion élémentaire était une papule de grosseur variable, rose livide, luisante.

Le diagnostic de pemphigus végétant dut néanmoins être posé, car les végétations s'étalaient bien au delà des points où existaient précédemment des papules.

Diagnostic confirmé par l'examen histologique.

Le traitement se caractérisa par l'administration de quinine à l'intérieur, associée à des injections de novarsenobenzol. C'est le seul traitement qui se montra efficace selon l'avis de cet auteur, alors que ni les injections intraveineuses de quinine, ni les injections de novarsenobenzol, employées séparément, n'avaient amené aucune amélioration.

Dans les traitements où le novarsenbenzol a été utilisé seul nous trouvons un cas signalé par J. WEITGASSER (*Dermatologische Zeitschrift*, 1925, 46, p. 328).

Il s'agit d'un homme de 32 ans chez qui la maladie a débuté au commencement de décembre 1924.

Rien de spécial dans l'observation si ce n'est de l'urobilinurie.

Traité par des injections intraveineuses de néosalvarsan en *solution sucrée*, le malade était complètement guéri, après un mois et demi de traitement.

Ce cas est un exemple d'activité vraiment miraculeuse du novarsenobenzol. Il est malheureusement inconstant et il faut insister ici sur le rôle possible du solvant sucré.

Plus tard en 1931, H. GOUGEROT, CIVATTE et P. BLUM nous apportent une note sur la guérison du pemphigus végétant et l'autohémothérapie. (*Archives dermatologiques de l'Hôpital Saint-Louis*, juin 1931).

Il s'agit d'une femme, âgée de 34 ans, ouvrière en maroquinerie, d'origine polonaise, atteinte d'un pemphigus végétant.

Les lésions sont typiques cliniquement et histologiquement.

La malade a eu d'abord en décembre 1929 de l'hydroa buccal, précédé deux mois avant par une angine (?) sans caractère net.

Les premières manifestations cutanées bulleuses et végétantes sont apparues à la fin d'avril 1930 à l'aiselle droite.

On aurait pu penser à la syphilis, mais toutes les recherches sont restées négatives: ultra-réaction de B.-W. négative.

La malade est soumise à de petites doses de 914.

0 gr. 20 le 20 avril;

0 gr. 30 le 29 avril;

et 10 cc. d'autohémothérapie intercalée.

Le 5 mai apparaissent sur les téguments des bulles nouvelles sur la face antérieure des poignets qui se multiplient avec apparition de fièvre (39°).

On demande à son médecin de recommencer le 914 à petites doses: 0 gr. 10, 0 gr. 15.

Le 5 juin, la malade est revue à Saint-Louis, les bulles se sont asséchées, mais sur toutes les lésions, en particulier aux aisselles et aux organes génitaux, sur le dos et sur les bras, les lésions sont devenues fortement végétantes, saillantes et même prurigineuses.

La biopsie confirme le diagnostic de pemphigus végétant.

Devant cette amélioration lente on décida d'augmenter les doses.

Les 14, 21 et 28 juin et le 4 juillet 1930, elle reçut quatre piqûres de 0 gr. 45 de novar et quatre piqûres intercalaires d'autohémothérapie (10 cc.) les 16, 23, 30 juin et 6 juillet.

L'état général s'est trouvé très amélioré. A l'état apathique, fébrile a succédé une phase de bon état général, de reprise de poids de 1 kg. 400 (en quatre semaines: de 46 kg. 300 à 47 kg. 700) et de cessation de tous mouvements de fièvre.

Les lésions papuleuses et végétantes du tronc, des aisselles, se sont asséchées, affaissées et cicatrisées, il ne reste plus le 10 juillet que des marbrures rouges et squameuses en voie de guérison.

Une rémission aussi rapide en moins d'un mois, au cours d'un pemphigus aussi grave, avec une médication que l'on sait efficace dans d'autres dermatoses bulleuses fait espérer qu'il ne s'agit pas d'une rémission accidentelle, mais d'une action heureuse d'un traitement et d'une guérison solide.

A propos de ce traitement, LORTAT-JACOB a rappelé un cas de pemphigus végétant à pneumo-bacille de FRIEDLANDER où le 914 a donné de mauvais résultats.

Il conclut qu'il ne faut pas faire sans discernement ces injections à de tels malades, car les résultats favorables sont loin d'être constants avec le novarsenobenzol.

Signalons encore un cas de pemphigus chronique rapporté par E. ALVAREZ SAINZ de AJA, et R. PUYONPRAT.

Les auteurs indiquent une amélioration notable, après une ponction lombaire, amélioration qui semble avoir été maintenue par un traitement arsenical intensif (10 grammes de néosalvarsan).

D'autre part, SEZARY et GALLOT (*Bull. Société Française Dermatologie Syph.*, mars 1933, p. 393), nous indiquent le traitement par le 914 qu'ils ont appliqué à un pemphigus végétant.

Assez rapidement la malade est devenue de plus en

plus intolérante vis-à-vis de cette médication que les auteurs ont été obligés d'abandonner.

En effet, le 19 janvier une injection intraveineuse de 7 centigrammes déclenchait une forte crise nitritoïde, avec gros œdème de la langue et des lèvres. Le 26 janvier, cinq centigrammes dissous dans une solution d'hyposulfite de soude était bien supportée, mais le 30, sept centigrammes administrés de la même façon ont causé une petite crise nitritoïde.

A partir du 4 février pour accoutumer la malade au 914, les auteurs lui en injectaient presque chaque jour des doses progressivement croissantes, à partir de 1 jusqu'à 15 centigrammes, toujours dissoutes dans la solution d'hyposulfite de soude. Cette dernière dose de 15 centigrammes est ensuite répétée trente fois, tous les quatre jours, jusqu'à un total de 5 gr. 53, du 25 février jusqu'au 28 mai.

Après cette série, la malade est très fatiguée, plus qu'avant le traitement. De 44 kilog. en février, son poids est tombé à 42 kilog. La pression artérielle est de 8-6 à l'appareil de Vaquez. Il n'y a cependant pas eu de nouvelle poussée éruptive. Les végétations ont le même volume; leur exsudat est moins fétide.

Du 14 juin au 5 juillet, on fait une série d'injections d'hyposulfite de soude seul, pour tenter de désensibiliser la malade vis-à-vis du 914.

Le 12 juillet, on reprend les injections de 914. Mais la dose de 5 centigrammes, dissoute dans la solution d'hyposulfite de soude, provoque encore une grave crise nitritoïde.

Il en est de même les 16 et 21 juillet.

Comme l'altération de l'état général paraît due également au 914, les auteurs décident de traiter dorénavant cette femme par l'Acétylarsan.

2° Les arsenics pentavalents

L'acétylarsan. — Ce produit correspond au: 4-oxy-3-acétylamino-phényl-1-arsinate de diéthylamine.

Il se présente sous la forme d'une solution aqueuse neutre et stérile, non irritante, injectable dans le muscle ou le tissu cellulaire sous-cutané.

Il est bien toléré et a l'avantage d'être d'une toxicité réduite.

Il existe deux sortes de présentations:

a) Acétylarsan pour adultes.

C'est une solution à 23,6 pour 100:

1 cc. = 0 gr. 05 d'arsenic par ampoules de 3 cc.

b) Acétylarsan pour enfants.

C'est une solution à 9,4 pour 100:

1 cc. = 0 gr. 02 d'arsenic par ampoules de 2 cc.

Les injections se font suivant les cas une ou deux fois par semaine.

Nous avons signalé plus haut, au sujet du traitement par le 914 la décision qu'avaient prise MM. SÉZARY et GALLOT (*Bulletin de la Soc. franç. de Derm. et Syph.*, mars 1933), à la suite d'incidents d'intolérance survenus au cours du traitement par le novarsénobenzol.

Ils remplacèrent ce médicament par l'acétylarsan. Du 26 juillet au 12 septembre la malade, atteinte de

pemphigus végétant reçoit quinze injections sous-cutanées d'une ampoule de ce produit, à raison de deux par semaine. Ces injections sont parfaitement tolérées. Dès le milieu du mois d'août, l'état général s'améliore, le poids tombé à 42 kg., remonte à 46 kg. et les végétations commencent à s'affaïsser. La pression artérielle est de 8 1/2 6.

Une nouvelle série d'injections d'acétylarsan est faite du 18 octobre au 12 décembre 1932. L'amélioration s'accroît rapidement. Le poids qui était de 47 kg. 500 au début de cette série atteint 49 kg. 500 à la fin.

Les végétations s'affaïssent, se flétrissent et disparaissent, il ne persiste dans les plis que quelques rares papillomes gros comme des cerises ou des pois.

Cette étude nous permet de conclure que l'acétylarsan peut aussi bien réussir, sinon mieux que le novar. Chez la malade il a été non seulement bien toléré, mais encore il a apporté une amélioration nette et une augmentation du poids.

Sulfarsénobenzol. — C'est un sel sodique du monométhyl-sulfonate de dioxydiamido-arsénobenzol. Il a été aussi désigné sous le nom de sulfarsénol et de sulfo-tréparsénan.

C'est une poudre jaune clair, très soluble dans l'eau. Contient 21 % d'arsénic.

Il est moins toxique et moins altérable en solution que le novarsénobenzol.

Il présente, en outre, sur ce dernier, l'avantage d'être mieux toléré en injections sous-cutanées ou in-

tra-musculaires, formes sous lesquelles il est surtout employé.

Les solutions injectables sont faites dans l'ampoule même qui contient la dose voulue au titre moyen de 6 % (1 cc. d'eau pour 6 gr. de sulfarsénol avec de l'eau récemment bouillie et refroidie).

Doses :

Injecter deux à trois fois par semaine, de 0 gr. 12 (dose de début) à 0 gr. 60 progressivement ; la première série comprendra de dix à quinze injections ; faire deux ou trois séries de sept injections dans le cours de la première année.

La tryparsamide. — C'est le sel de sodium d'un acide phényl-glycol amide pararsinique.

Il contient 25 % d'arsenic.

C'est une poudre blanche, très soluble dans l'eau : elle est altérable et livrée comme les arsénobenzols en ampoules scellées.

La tryparsamide s'administre par voie intraveineuse à la dose de 3 grammes de tryparsamide dissous dans 10 cc. d'eau.

Nous avons vu qu'en Amérique le pemphigus est traité par la méthode dite de Davis, consistant en injections de cacodylate de fer et de coagulène (extrait de plaquettes du sang).

GUIDON (*Archives of Dermatology and Syphilology*, volume XXI, n° 1, janvier 1930. p. 25) à appliqué cette méthode en remplaçant le cacodylate de fer par la *tryparsamide* dont il injectait deux grammes une fois par semaine.

Sur quatre cas de pemphigus aigu, il y eut trois guérisons et une amélioration; sur deux cas de pemphigus chronique, une guérison et un échec.

Le Spirocid. — Nous avons à notre disposition une autre préparation arséninique que les trivalents et les pentavalents.

Il s'agit du Spirocid, produit allemand.

KROMAYER, de son emploi, nous signale les résultats suivants:

Dans six cas comportant un pemphigus foliacé et un pemphigus à localisation bucco-pharyngée, il a obtenu une guérison.

Ces cas furent observés pendant des périodes variant de trois mois à trois ans. La dose administrée varia entre 60 et 600 tablettes de spirocid.

OPPENHEIM cite un bon résultat, obtenu en associant le spirocid aux rayons ultra-violets, et de très bons résultats dans trois cas nouveaux.

Il conseille de donner le spirocid le plus tôt possible et longtemps; deux ou trois tablettes par jour pendant trois jours, puis trois jours de repos et recommencer.

Dose employée: de 43 à 84 tablettes.

Par contre, MATRAS, STUHMER et d'autres auteurs ne peuvent conclure à l'heureuse utilisation du spirocid.

Le Sublimé. — SONNEMBERG nous rapporte (*Prze-
glad. Dermatologiczny*, v. I, XXVII, n° 4, décembre
1933, p. 622), un cas de pemphigus chronique vrai
traité par des injections de sublimé.

Sa méthode était la suivante :

Tous les deux jours, injections intramusculaires de
bichlorure de mercure, d'abord à 0 gr. 01 puis
à 0 gr. 015.

Ses injections provoquaient au début des réactions
fébriles à 39°-40°, mais simultanément l'état général
s'améliorait visiblement.

Au bout de six semaines la malade quittait l'hôpi-
tal. *

Il ne nous est pas permis d'apprécier cette théra-
peutique personnelle de Sonnenberg, car la malade
succomba malheureusement six mois plus tard à une
grippe compliquée de néphrite (cf. observation XXI).

LA THÉRAPEUTIQUE VASOCONSTRICTIVE

Dans une affection telle que le pemphigus, où domine l'exosérose et où s'associe souvent la tendance hémorragipare, il était logique de chercher à utiliser la thérapeutique vasoconstrictive et coagulante.

Déjà les anciens auteurs connaissaient l'usage de l'ergotine, qu'ils administraient par la bouche, puis en injections, ainsi que le chlorure de calcium, utilisé per os. MM. SPILLMANN et WATRIN, dès 1924, essayèrent l'emploi de chlorure de calcium en injections, ainsi que de l'adrénaline, et combinèrent l'action constrictive de ces deux médicaments à l'action de choc de la *peptone de White*.

Ils ont obtenu, de la sorte, quelques succès qui les ont incités à persévérer et à mettre au point cette méthode personnelle.

En voici la technique spéciale :

Les médicaments utilisés sont :

Une solution de chlorure de calcium à 10 % en ampoules tyndallisées de 10 cc.

Une solution de peptone de White à 5 % en ampoules de 5 cc.

Une solution à 1 % de chlorhydrate d'adrénaline, buvable.

Le mode d'emploi est le suivant :

Premier jour : injections intramusculaires de 1 à 5 cc. de peptone de White à 5 %, absorption per os de un milligramme d'adrénaline.

Deuxième jour : adrénaline seule.

Troisième jour : injection intraveineuse lente de 3 à 10 cc. de chlorure de calcium à 10 % adrénaline per os.

Quatrième jour : adrénaline seule.

Cinquième jour : le cycle précédent est repris de la même manière.

Les incidents à signaler sont :

Pour l'injection de peptone, une ascension thermique, variable, de 38° à 39° au plus, avec malaises et phénomènes de choc plus ou moins marqués.

Pour l'injection de chlorure de calcium, l'impression immédiate de chaleur diffuse, surtout céphalique ; nous n'avons jamais constaté d'œdème pulmonaire ni le moindre incident organique.

Les auteurs ont introduit selon les cas, quelques variantes à leur méthode princeps :

1° Association d'ergotine, per os, en pilules à la dose de un gramme par jour.

2° Utilisation de la voie injectable pour l'adrénaline au lieu de la voie digestive : injections sous-cutanées de $1/4$ ou $1/2$ mmgr. de chlorhydrate d'adrénaline en solution à 0,50 pour 1.000, soit $1/2$ ou 1 cc.

Par cette voie d'introduction, l'adrénaline paraît plus active. Elle est très peu douloureuse ; et son action est plus rapide.

3° Remplacement possible de l'adrénaline par l'éphédrine, ou encore par l'extrait de lobe postérieur d'hypophyse, dont l'action vasoconstrictive est si puissante et qui est si utilisée en obstétrique. Celui-ci est employé en injection intramusculaire ou sous-cutanée.

Dans l'ensemble, les résultats obtenus par cette association : chlorure de calcium, peptone, adrénaline, permettent de justes espoirs. Sur le groupe de cas

traités en une dizaine d'année nous retrouvons deux guérisons, quelques améliorations et quelques échecs. (Cf. observations VII, VIII, IX, X, XI, XII, XIII, XIV, XVIII).

Dans une proportion de près de moitié, on peut affirmer qu'il y a eu amélioration de l'état des téguments, amélioration de l'état général, et dans deux cas, suppression complète des récidives, avec restitution de l'intégrité tégumentaire.

Dans une autre moitié des cas, le traitement n'a pas empêché l'évolution fatale de la maladie, et dans ces cas d'ailleurs, tous les autres traitements ont échoué de même façon.

Il faut noter que parfois les premières injections, tant de peptone que de chlorure de calcium, paraissent faciliter l'éclosion des bulles, mais qu'en général leur apparition se réduit de plus en plus, à la continuation du traitement.

En conclusion: cette méthode apporte un précieux appoint au traitement de pemphigus. S'il n'est pas toujours efficace, il apporte dans beaucoup de cas un soulagement général et local, une prolongation nette de la vie du malade par la raréfaction et la durée raccourcie de la récurrence. En outre, il ne diminue en rien les moyens de résistance de l'organisme, n'étant toxique pour aucun des organes d'élimination ni d'assimilation; et ce point de vue paraît devoir dominer la question du traitement, devant les malades dont les fonctions tégumentaires sont annihilées presque complètement et chez lesquels le bon sens clinique doit chercher à rétablir dans tous les domaines le meilleur fonctionnement organique possible.

THÉRAPEUTIQUE ANTISEPTIQUE

En face des manifestations à caractère infectieux que présentent les diverses variétés de pemphigus il était tout naturel que de nombreux auteurs pensent à opposer à ces affections bulleuses une thérapeutique basée sur l'emploi des antiseptiques.

Nous allons passer en revue les différents médicaments utilisés et essayer de conclure sur leur efficacité.

Traitement à la quinine-urotropine suivant la méthode de N. Leszczyński

L'auteur préconise cette thérapeutique dans les cas de pemphigus vulgaires qu'ils soient bénins ou malins. Il est arrivé à ce traitement combiné, précisément à cause du fait que l'urotropine augmente la perméabilité méningée, le virus du pemphigus devant siéger dans les cordons de la moelle d'après l'auteur.

Qu'il en soit ainsi ou qu'il s'agisse plutôt, ou en outre, d'une variété de la thérapeutique de choc, voici comment l'auteur procède :

Il administre :

1° Trois fois par jour : 30 centigrammes de quinine per os.

2° Cinq-dix centimètres cubes d'urotropine à 40 % en injection intraveineuse tous les deux jours.

3° De la diurétine jusqu'à trois grammes par jour pour activer les fonctions rénales et cardiaques.

4° Comme tonicardiaque et dans les états de faiblesse, l'auteur recommande l'emploi d'adrénaline que d'après lui on ne doit pas administrer per os.

L'auteur a constaté une action heureuse de l'adrénaline.

5° L'auteur recommande aussi le scillarène comme bon tonicardiaque et diurétique.

6° Enfin l'auteur signale qu'il a combiné des injections de quinine tous les deux jours avec de l'urotropine.

Le malade reçoit 100 cc. d'une solution à 1/2 % de chlorhydrate de quinine dans une solution physiologique à laquelle on ajoute 5-10 cc. d'urotropine à 40 %.

Les jours où l'on ne fait pas les injections intraveineuses, le malade prend de la quinine per os.

La méthode du Professeur Leszczynski mérite quelques commentaires.

Rappelons-nous tout d'abord que la quinine a déjà été utilisée par de nombreux auteurs dans le traitement du pemphigus.

Parmi ces derniers un grand nombre n'a pas rapporté de résultats favorables par l'emploi de cette méthode. Parmi eux nous signalerons STEIN et BUSCHKE.

Cependant, le Professeur LESZCZYNSKI avec sa méthode d'association de la quinine et de l'urotropine nous apporte un ensemble de résultats qui sont intéressants.

Pour lui, la quinine agirait soit en stimulant le pouvoir de défense de l'organisme, soit en agissant sur le virus neurotrope.

Avec l'urotropine on obtiendrait en plus d'une stimulation de la défense soit une libération, dans le

liquide céphalo-rachidien, où cette substance passe, d'aldéhyde formique (TAKATS), soit enfin une meilleure pénétration intrarachidienne de la quinine.

Toujours est-il qu'avec cette méthode LESZCZYNSKI a traité ses 40 cas étudiés entre 1921 et 1930, et a obtenu des résultats très favorables.

Voici d'ailleurs comment cet auteur résume les résultats obtenus dans les 25 cas de pemphigus malin et les 15 cas de pemphigus bénin qu'il a traités.

« Notre traitement a eu comme résultat la guérison de cas peu malins, ceci en relativement peu de temps; dans des cas plus résistants, on a eu le même résultat mais plus tardivement; dans des cas de haute malignité avec un état général très précaire (rein, foie, cœur) ce traitement a rendu moins grave l'évolution de la maladie et a prolongé la vie du malade. »

Tout en étant prudent en ce qui concerne l'efficacité de ce traitement, nous pensons que cette méthode mérite néanmoins l'attention du praticien.

LUIS PALLES ROIG (*Ecos Espanoles de Dermatologia y sifiliografia*, 10^e année, n^o juin 6934) a modifié légèrement le traitement de LESZCZYNSKI par l'adjonction de 1 cgr. de bleu de méthylène à la solution injectable d'urotropine.

Il en obtient, comme LESZCZYNSKI, des résultats intéressants.

C'est cette méthode que le Professeur SPILLMANN a essayé à nouveau dans son service, pour un cas malheureusement unique (Voir observation XV).

Traitement par le Germanin

VÉIEL, en 1931, suivant l'idée que le pemphigus était une maladie infectieuse d'origine encore inconnue, tenta de soigner les sujets atteints de cette maladie par le germanin en injection intraveineuse.

Ce produit est le 205 Bayer.

Il correspond au carbamide du méta-amino-benzoyl-méta- amino-para-méthyl- benzoyl-naphtylamino 4-6-8 de l'acide tri-sulfoné.

Jusqu'à ce moment la médecine coloniale avait été la seule à utiliser ce produit.

Dans la maladie du sommeil notamment les résultats furent excellents puisqu'on obtint 100 % de guérisons dans le premier stade et 30 à 40 % dans le deuxième stade.

VÉIEL employa ce sel en injections intraveineuses en administrant une piqûre tous les deux jours en commençant par 0 gr. 10 puis, 0 gr. 80, puis un gramme, répété deux à trois fois et plus.

Sur quatre cas ainsi traités, il obtint la guérison chez trois sujets malades depuis plus de deux ans.

Le quatrième succomba à une asthénie profonde.

Les incidents se résument pour ces cas en ascensions thermiques après la troisième et quatrième injection et dans un cas en un érythème toxique.

D'autres expérimentateurs ont suivi VÉIEL dans cette voie. Mais l'emploi du Germanin dans le pemphigus est rare comme cette maladie; aussi les observations sont-elles en nombre restreint.

MUCHLPPFORDT a soigné une femme avec succès,

GIESELM a traité un homme qui est mort plus tard d'une angine.

BERGGREEN a eu de bons résultats chez une femme et un échec complet chez un homme : tous ces malades avaient des pemphigus vulgaires.

SUNDER, PLASSMANN, FUHS, URBACH, BOHNSTED, WÉVE, LÖHE, ZOON, LOMBARDO, FABIAN, BODE ont enregistré aussi des guérisons de pemphigus vulgaire.

Sur quarante essais de ce traitement, trente cas se terminèrent par la guérison.

Pour les pemphigus foliacés nous avons trouvé la publication d'un cas guéri par VÉIEL, de deux guéris par LOMBARDO et de deux par VONKENNEL.

BOBE, par contre, a enregistré un échec complet dans un cas.

PAUTRIER nous donne l'étude très complète de deux cas de pemphigus que nous retrouverons au chapitre des observations (cf. observations).

Pour les pemphigus végétants, encore moins fréquents nous relevons un cas de guérison signalé par GRIPPAIN. Chez VOIGT nous trouvons une amélioration d'un cas datant de six ans, amélioration qui n'a pas dépassé un an ; contre la récurrence le germanin est resté sans effet.

Sur cinq malades traités, LOMBARDO n'a obtenu la guérison que chez un seul.

Incidents. — Les incidents résultant du traitement au germanin sont fréquents et souvent graves. Le médicament est particulièrement agressif pour le parenchyme rénal.

Après la troisième ou quatrième piqûre presque tous les auteurs signalent une élévation thermique oscillant entre 39° et 40° et même davantage. Ils relèvent une albuminurie constante dont le taux est parfois très élevé.

De plus à l'examen microscopique des urines, on découvre des cylindres granuleux et des cellules épithéliales qui signent l'atteinte rénale.

Au niveau de la peau, les auteurs ont souvent signalé des exanthèmes et des érythèmes qui se sont montrés, la plupart du temps, assez éphémères.

Certains signalent au début du traitement, une recrudescence de la poussée des bulles.

Il faut signaler aussi plusieurs cas de mort à la suite de l'emploi de ce médicament chez des malades il est vrai cachectiques, mais où l'usage d'un produit aussi agressif pour le rein a manifestement contribué à l'aggravation du mal.

Il est intéressant de noter ici, dans l'exposé des incidents, l'opinion toute personnelle d'URBACH que, pour obtenir un bon résultat, il ne faut pas craindre d'atteindre aux doses toxiques, provoquant l'exanthème et la néphrite.

Donc, les résultats encourageants qui ont été obtenus sont malheureusement contre-balancés par ces incidents, fréquents et assez violents parfois.

En France, l'emploi du germanin est remplacé par celui du Moranyl ou 309 Fourneau. Dans certains cas, comme le préconise PAUTRIER, on peut utiliser l'un et l'autre alternativement en commençant par le moranyl (cf. observations IV, V, VI).

Traitement par la plasmochine

Ce produit correspond au : N-diéthylamino-isopentyl-8-amino-6-méthoxy-quinoléine, et a été employé par de nombreux auteurs, principalement d'origine allemande.

Les uns en signalent de bons résultats, parmi lesquels MERIAN qui a obtenu une guérison dans la maladie de Dühring-Brocq, par la plasmochine.

Il a un cas de cette affection qui est guéri depuis trois ans par ce traitement, les autres auteurs nient toute efficacité.

Ainsi, par exemple, MATRAS, MONCORPS, STEIN et BUSCHKE rapportent des résultats favorables, tandis que FUCHS, JADASSOHN, SCHERBER, OPPENHEIM ne citent que des échecs.

En conclusion, et en ce qui concerne ce produit, nous n'avons trouvé dans la littérature que peu de cas heureux. Encore faut-il signaler que la guérison obtenue n'est pas celle d'un pemphigus vrai, mais d'une maladie de Dühring.

Traitement par le xylol

Ce médicament appelé aussi diméthylbenzine est retiré du goudron de houille ; c'est un liquide incolore, très fluide, à odeur aromatique.

Il est à peine soluble dans l'eau, miscible à l'alcool, à l'acétone. Il dissout l'iode, l'iodoforme, les graisses, le goudron, etc...

Il a été employé dans un pemphigus végétant par M. JAUSION (*Bul. Soc. fr. Derm. Syph.*, réunion de

Lyon, 9 mars 1933) chez un israélite nord-africain. L'auteur a obtenu la cicatrisation par un traitement avec le xylol par voie bucale. Le patient a paru guérir de sa maladie de Neumann. Ce malade a eu des séquelles pigmentaires, en partie spontanées, et dues aussi, pour une part, au diméthyl-benzène, dont TEISSIER et TANON avaient relaté le pouvoir mélanogène dans la variole.

M. JAUSION signale que le malade a succombé, deux mois environ après la fin de son épidermisation, à une tuberculose pulmonaire rapidement évolutive.

M. RAVAUT rapporte aussi qu'il a suivi plusieurs cas de pemphigus qui se sont tous terminés par la mort, malgré des essais de traitement par le xylol.

En conclusion ce mode thérapeutique malgré son intérêt ne s'est pas montré suffisamment efficace.

Traitement par lavage du côlon

Nous ne pouvons passer sous silence la thérapeutique utilisée par SCHAMBERG.

Elle consiste en lavages du côlon, lavages prolongés avec trente litres d'eau, trois fois par semaine, associés à l'administration par la bouche d'une solution d'arsénite de potasse.

Cet auteur obtint ainsi la guérison d'un pemphigus en neuf mois, alors qu'avant tous les traitements avaient échoué (cf. observation XIX).

CHAPITRE IV

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

Après la lecture de cette longue suite de traitements, aussi variés dans leur mode d'action que dans leurs raisons d'être, autant discutés et critiqués par les uns que vantés par les autres, il paraît difficile de conclure.

Et cependant nous voudrions faire mieux que d'avoir dressé la liste, aussi complète que possible, de toutes les méthodes utilisées en Dermatologie contre les pemphigus.

La comparant aux ressources d'il y a seulement trente ans, cette liste nous apparaît plus longue, plus riche, mieux appuyée sur des éléments pathogéniques précis.

Malgré tout nous la voudrions trouver, à cause de sa diversité, plus efficace.

Malheureusement, les résultats sont, dans l'ensemble, plutôt décevants et le pemphigus reste encore une affection à pronostic redoutable, malgré les progrès considérables faits dans sa thérapeutique.

Ces progrès ne sont pas cependant restés sans effets. Sorti grâce à eux de l'empirisme, le dermatolo-

giste est mieux outillé qu'autrefois pour lutter contre ces affections.

S'il ne pourra, dans bien des cas, empêcher l'issue fatale, dans beaucoup d'autres il pourra amener de sérieuses améliorations locales et générales, diminuer le nombre et l'intensité des poussées récidivantes et augmenter ainsi la survie de longs mois; et dans quelques cas il pourra même avoir l'heureuse surprise d'une guérison complète.

Quoiqu'en cette matière, il soit bien difficile de prendre position, nous voudrions indiquer ce que, à notre avis, l'on peut faire de mieux devant un pemphigus.

Sans doute chaque malade est-il un cas particulier; sans doute chaque école a-t-elle sa façon de procéder; c'est cependant peut-être par l'association ou par l'alternance de telles ou telles méthodes que les traitements seront plus efficaces.

En outre un examen très poussé de la valeur fonctionnelle des différents organes est nécessaire pour juger de la tolérance possible du malade vis-à-vis de tel et tel médicament.

La vieille règle « *primum non nocere* » s'applique encore plus nécessairement aux sujets atteints de pemphigus, puisque leurs fonctions cutanées sont très déficientes et qu'il s'agit de malades à tendance souvent rapidement cachectique.

Mises à part certaines méthodes qui ont le mérite de l'originalité (vitamines, coagulen, etc.), et qu'il faut encore longtemps essayer pour mieux les juger, nos préférences vont, dans l'état actuel de nos connais-

sances, à trois traitements, qu'il faut adapter aux cas particuliers, selon la tolérance du malade, selon l'état de sa maladie, et selon les résultats obtenus.

Ce sont :

1° *Le traitement arsénical*, à base de novarsénobenzol, sulfarsénol, acétylarsan ou stovarsol.

2° *Le traitement vaso-constricteur et de choc* (Méthode Spillmann-Watrin au chlorure de calcium, peptone, de White et adrénaline).

3° *Le traitement par la quinine-urotropine* et bleu de méthylène (Méthode de Leszczynski).

La surveillance de toutes les déficiences intercurrentes garde naturellement toute sa valeur : augmenter la résistance du malade sera le but constant du dermatologiste à l'aide de médications symptomatiques : elles s'associeront nécessairement à n'importe quel autre mode de traitement (tonicardiaques, diurétiques, toniques généraux, antinévralgiques).

Cette lutte constante pour maintenir l'intégrité des fonctions organiques, nous fait rejeter l'emploi, tout au moins actuellement, des antiseptiques récemment vantés : GERMANIN, MORANYL, etc. Leur agressivité pour les parenchymes nobles (reins, foie, cœur, capsules surrénales) les rend apparemment trop toxiques pour être utilisés chez des malades dont les organes sont déjà durement surmenés.

Malgré leur nombre, malgré leur diversité, toutes ces méthodes de traitement, quelles qu'elles soient, sont encore bien souvent inefficaces ; ou bien, si elles

réussissent une fois, elles n'ont plus d'action sur une récidive ultérieure. De sorte que bien des cas, publiés comme guérison, se terminent au bout de quelques mois d'une façon fatale.

Ceci nous oblige à la plus grande prudence dans l'interprétation de la valeur d'un traitement et dans l'étude critique de l'issue des nombreuses observations de pemphigus.

Telles qu'elles sont éprouvées actuellement toutes les méthodes nouvelles méritent le plus grand intérêt; beaucoup nous paraissent pouvoir être conseillées et en particulier celles des professeurs LESZCZYNSKI, SPILLMANN, WATRIN.

D'autres doivent être encore longtemps expérimentées avant de pouvoir être justement appréciées.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(L.-L. DAVYDOFF, *Rouss. Vestnik. Dermatologini*, t. VIII,
n° 4, avril 1930, p. 391-394.)

*Un cas de pemphigus vulgaire guéri par l'inoculation
de la vaccine*

Mme X..., tisserande de 35 ans, atteinte depuis une semaine d'une éruption bulleuse qui a débuté sous l'aisselle droite et s'est généralisée à tout le tronc. La malade est tout le temps apyrétique.

Rien de particulier aux organes internes.

La peau est recouverte de bulles dont les dimensions vont de celles d'un petit pois à celles d'une pièce d'un franc. Elles sont aprurigineuses et reposent sur une peau non modifiée. Le contenu des bulles est tantôt clair, tantôt louche. Durant un mois, les anciennes bulles régressaient, formant des croûtes et laissant des taches pigmentées, mais il s'en formait toujours des nouvelles.

Tout traitement fut inefficace.

Alors l'auteur a inoculé à la malade la vaccine ordinaire. L'inoculation fut positive.

Immédiatement on a constaté un arrêt de production de nouvelles bulles, les anciennes se sont rapidement guéries au bout de dix jours après l'inoculation.

Durant les cinq mois d'observation, la malade n'a plus présenté de récidives.

L'auteur préconise donc la mise en pratique du traitement des affections cutanées bulleuses par l'inoculation de la vaccine habituelle.

OBSERVATION II

(Q.-T. PEK HOUR, *Roussky Vestnik. Dermatologini*,
n° 7, juillet 1924.)

*Cas de pemphigus foliacé
en rapport avec des lésions endocriniennes*

Femme de 47 ans.

Après la cessation rapide des règles, apparition d'un pemphigus foliacé à forme grave.

Pas d'amélioration par les injections d'essence de thérébenthine, ni par l'administration d'ovarine.

La cure méthodique et prolongée par la « polyglanduline féminine » donna de très bons effets.

Un an après la cessation des règles et sept mois après le début du pemphigus, la menstruation s'est prolongée régulièrement.

Les troubles cardiaques cessèrent, la kératolyse a presque tout à fait disparu, et la malade reprit son travail, se sentant très bien.

De temps en temps apparaissent quelques petites bulles isolées survenant sur un fond érythémateux.

Le cas doit être rangé parmi les phénomènes d'insuffisance polyglandulaire.

Les résultats apportés par le traitement correcteur de cette déficience ont amené ici une amélioration.

L'auteur ne peut parler de guérison vraie, puisqu'il y a encore de nouvelles éruptions. Nous retiendrons de ce fait la nécessité d'agir sur l'élément endocrinien déficient quand il existe.

OBSERVATION III

(CATHALA et MAYER, *Bull. Soc. fr. Derm. Sph.*,
avril 1934, p. 673.)

*Traitement du pemphigus épidémique du nourrisson
par U.V. et NO³AG*

Un bébé de dix-sept jours atteint de pemphigus. Bel enfant, né à 3 kg. 300, à terme, nourri au lait Nestlé.

Des bulles de pemphigus innombrables, les unes excoriées, les autres recouvertes de leur feuille épidermique, couvraient littéralement la région inguino-hypogastrique, les cuisses, les jambes, l'aisselle gauche et le cou du côté gauche. Il en existait quelques-unes sur le reste du tronc, aucune sur le cuir chevelu.

Bon état général, malgré des selles un peu liquides, mais jaunes; l'enfant dormait mal, paraissait souffrir, et n'avait pas repris son poids de naissance.

Il avait d'abord été traité à l'inotyol, puis à la bouillie lactique. On commença aussitôt les frictions au nitrate 3 %, immédiatement suivies d'irradiations ultra-violettes avec une vieille lampe Saidman portative fonctionnant sur 4 ampères, c'est-à-dire sur toutes les prises de courant. Après la séance, qui exige environ trente minutes pour frictionner et irradier chaque région, l'enfant est badigeonné entièrement de pommade d'Alibour :

Eau d'Alibour forte : 100 gouttes.

Lanoline : 100 grammes.

Après trois séances espacées de vingt-quatre heures, toutes les bulles sont sèches, l'épidermisation est en cours. L'enfant prend du poids, dort bien. Les séances sont alors espacées de deux jours. Dans l'intervalle, les bulles sont ouvertes par frictions à l'eau d'Alibour forte diluée dix fois. Les onctions de pommade sont continuées. Trois autres séances de nitrage sont espacées de deux puis trois jours. La guérison est complète le jour de la dernière, c'est-à-dire le dixième jour du traitement.

La deuxième observation a été traversée de petits incidents qui ont une grande valeur indicative (décembre 1933).

Bébé né à terme, pesant 3 kg. 300. Dès le deuxième jour apparaissent des bulles aux jambes, mais la sage-femme se contente de les badigeonner de sénophile (pommade spécialisée pour les seins). Le quatrième jour, des phlyctènes se montrent aux oreilles, aux joues, au cuir chevelu. Le traitement au nitrate et aux ultra-violets suivis d'applications de pommade d'Alibour est immédiatement commencé. Les bulles guérissent, mais quelques nouvelles surgissent au cuir chevelu et aux joues; cette région guérit en une dizaine de jours. Mais le sixième jour de la naissance, éclosent subitement de nombreuses bulles au pli de l'aîne et aux jambes. Le nitrage, sous ultra-violets, le sulfate de cuivre en solution à 1 %, la pommade d'Alibour guérissent rapidement celles qui sont traitées, mais sans empêcher leur pullulation. Les jambes sont couvertes, les creux poplités excoriés.

Or, le nitrate prescrit était à 2 %. Frappé de ce qu'il noirissait peu, on le fait doser: on trouve 1/2 %. On fait une séance avec une solution à 4 % suivie d'irradiation ultra-violette: d'un seul coup (le quatorzième jour) l'enfant est débarrassé de tous les éléments en évolution, et c'est à peine si dans les jours suivants il a fallu reprendre le creux poplité et le pli inguinal droit. La guérison a pour ainsi dire été réalisée en une séance.

OBSERVATION IV

(G. FRANCK, *Schweiz. Medizinische Wochenschrift*,
1933, p. 44.)

Pemphigus indéterminé

Femme de 56 ans, qui a fait neuf fausses couches spontanées, toutes au troisième mois. Depuis 1930, elle souffre de diabète. Il existe une prédisposition nerveuse familiale. L'atteinte de pemphigus débuta vers le 5 décembre 1932, à la suite d'un refroidissement (toux tenace, symptômes généraux graves). La toux cessa dès que des rougeurs, accompagnées

de fortes démangeaisons, apparurent aux pieds (10 décembre).

L'éruption s'étendit, malgré un traitement local, rapidement sur tout le corps et fut accompagnée de céphalées violentes et d'un prurit effroyable qui rien ne pouvait calmer. La malade souffrit d'une pollakiurie extrême. Le jour de son entrée à la clinique, elle présente les symptômes caractéristiques de pemphigus : œdèmes, vésicules remplies d'un liquide clair et entourées d'un halo rouge, de gros placards érythémateux recouverts de vésicules à contenu séreux, à d'autres endroits de la desquamation, contours de placards circinés, prurit violent. Température : 38°. En plus : fort météorisme abdominal, quelques râles aux deux bases pulmonaires. La maladie s'accroît, la température s'élève à 40°, des placards à caractère plutôt lichénoïde et à contours polycycliques ainsi que des érosions douloureuses se produisent sur la peau.

A la suite d'un traitement à la *septicémine*, au *germanin* et par *auto-sérothérapie*, ainsi que de l'emploi de toniques cardiaques et de toniques externes émollients, l'état cutané reste stationnaire pendant une dizaine de jours puis s'améliore, tandis que l'état général et fébrile ne change pas, par contre l'affection attaque la muqueuse buccale.

Eosinophilie du sang : 41 % ; éosinophilie nette dans les bulles, aucun élément pyogène et cultures stériles.

La réaction de Bordet-Wassermann, des inoculations au cobaye de sang et de contenu bulleux et la réaction aux iodures n'ont pu être pratiquées.

La malade meurt fin janvier avec des signes d'insuffisance cardiaque aiguë.

L'autopsie révèle, à côté d'une forte dilatation du cœur, des érosions sur toute la muqueuse du larynx, de l'œsophage, du côlon descendant et du vagin, un ulcère de la muqueuse gastrique, somme toute vraisemblablement une poussée concomitante de pemphigus interne.

L'auteur hésite à spécifier la variété de pemphigus en question : pemphigus aigu fébrile grave ou poussée aiguë de pem-

phigus chronique vrai, il y a un des éléments rappelant également la dermatite de Dühring.

En conclusion, cette observation montre un échec complet des méthodes de choc (auto-sérothérapie), et aussi des méthodes antiseptiques (septicémine et germanin).

OBSERVATION V

(PAUTRIER et Mlle ULLMO. Réunion de Strasbourg.
Bull. Soc. fr. Derm. Syph., 1934, p. 1493 et 1768.)

*Traitement de pemphigus par le 205 BAYER (Germanin)
et le 309 FOURNEAU (Moranyl)*

Mlle B..., âgée de 51 ans, est entrée le 9 mai 1934 avec le diagnostic d'impétigo généralisé et d'affection buccale sans diagnostic.

Elle présentait à son admission un pemphigus végétant typique, avec des localisations aux muqueuses buccales et génitales, et des localisations cutanées simples.

Les bras étaient presque indemnes de lésions, sauf le creux des aisselles, ainsi que les membres inférieurs. Par contre, sur le tronc, elle présentait de grands placards déjà végétants, avec de nombreuses bulles à tous les stades. Quelques-unes étaient des bulles fraîches, neuves, à liquide clair, bien tendues, de dimension moyenne, ne dépassant guère la taille d'une pièce de un franc. D'autres avaient leur toit rompu et, en se coagulant, le liquide formait de nombreuses croûtes qui parsemaient tout le tégument.

La température, lors de l'admission, oscillait entre 37° le matin et 37°5, 38° maximum le soir, mais température axillaire.

Le pourtour des organes génitaux et de l'anus était, en effet, lors de son admission, dans un tel état de malpropreté, dû aux végétations et aux sécrétions, que nous n'osions faire prendre la température rectale.

Dans les urines, on ne trouve ni sucre ni albumine.

Comme traitement, nous instituons au début :

Grand bain journalier, vaseline au collargol à 10 % et pilules de quinine-ergotine.

Les lésions se détergent, les croûtes tombent pour laisser à nu des surfaces saignantes érodées et permettant ainsi de voir les nouvelles bulles.

Pour la bouche, nous faisons faire des bains de bouche fréquents au bock, avec une solution faible de permanganate de potasse et des attouchements au bleu de méthylène.

La bouche est remplie de débris de muqueuse macérée et blanche, toutes les dents branlent dans la mâchoire et le tout exhale une odeur fétide repoussante. Les lèvres, qui présentent également chaque jour de nouvelles bulles sont pansées au tulle gras.

L'état général n'est pas mauvais, bien que la malade, malgré l'appétit existant, ne mange pas beaucoup à cause de l'état de sa bouche. Elle est d'un mutisme effrayant, restant des heures entières sans bouger ni proférer une parole, sauf pour se plaindre de temps en temps.

Le 24 mai, l'urine étant toujours sans albumine, nous faisons à la malade une injection de 0 gr. 50 de moranyl intra-musculaire, dans l'impossibilité de trouver une veine accessible. Cette piqûre est bien supportée, non douloureuse.

Le 25 mai, pas d'albumine, ni de température.

Le 26 mai, traces d'albumine qui persistent pendant quatre jours, soit jusqu'au 29, mais en diminuant, la température étant restée normale.

Le 31 mai, un gramme de germanin intra-musculaire.

La température ne bouge pas le lendemain, soit le 1^{er} juin ; il y a un peu d'albumine dans les urines qui persiste deux jours, à l'état de traces.

Le 5 juin, un gramme de germanin intra-musculaire. Le soir même, la température monte, de 37°3 le matin à 38°9, et l'albumine reparait dans les urines en quantité appréciable, mais non dosable.

A partir de ce moment, l'albumine ne disparaîtra plus des

urines jusqu'à la guérison de la malade, parfois à l'état de traces, parfois nettement caractérisée.

La température oscille en longues ondulations de 37°2, 37°5 le matin, à 38°5 le soir, alors qu'avant les piqûres l'écart entre les deux prises ne dépassait pas le 0°5 classique.

Dès cette troisième injection (donc après 2 gr. 5 de produit), nous notons un mieux certain. Toutes les parties végétales des organes génitaux et du dos s'affaissaient, on voyait littéralement fondre et s'aplanir ces végétations. Au fur et à mesure que le tronc se guérissait cependant, les bras se couvraient de bulles; il semblait qu'il fallait que tout le tégument ait été atteint avant d'évoluer vers la guérison.

Le 9 juin, un gramme de germanin intra-musculaire.

L'albumine reste positive, la température oscille entre 38° et 39°. Le 14 juin, la malade fait, en haut de la fesse droite, une volumineuse collection, douloureuse il est vrai, et tendue, mais ne présentant absolument aucune rougeur.

Incision chirurgicale le 16 juin, et écoulement d'une quantité considérable de pus. Après cette intervention, la température descend graduellement jusqu'à 37° le 22 juin.

Le 22 juin, un gramme de germanin intra-musculaire, mais le 23 au soir une poussée thermique à 38°6, le lendemain matin à 38°8.

Le 27 juin, nouvel abcès analogue au premier à la cuisse gauche: incision le 29 et écoulement de pus.

Tout le temps de l'évolution de ces abcès, l'état cutané de la malade s'est amélioré visiblement.

Après la dernière piqûre de germanin, le tronc était totalement cicatrisé, sauf une large eschare sacrée saignant intensément à chaque mouvement. Les bras atteints par le pemphigus au cours du traitement seulement guérissent également très vite; les végétations s'affaissent après chaque injection de germanin. La bouche reste atteinte le plus longtemps, les organes génitaux sont nettoyés dès la quatrième piqûre. Il ne reste plus de reliquats de végétations que dans les aines qu'on irradie le 3 juillet aux rayons X.

A ce moment il n'y a plus que des traces d'albumine; la peau est pratiquement guérie ainsi que les muqueuses, et la malade quitte le service de 6 juillet.

Il y a malheureusement une suite. Cette malade revient se faire hospitaliser le 17 septembre.

A ce moment, elle présente une nouvelle éclosion de bulles de taille moyenne, datant d'une dizaine de jours et siégeant sur les bras et les jambes, quelques-unes sur la muqueuse buccale. La température oscille entre 37° et 38°, l'état général est bon.

On panse les plaies à la vaseline collargalée à 10 %.

Rapidement, le reste du corps se couvre de bulles également, mais les premières se cicatrisent au fur et à mesure que d'autres se forment, en sorte que à aucun moment la malade ne présente l'aspect d'être écorchée vive. Jamais les surfaces ne sont devenues végétantes, alors que la première atteinte était très nettement de pemphigus végétant.

On essaie de nouveau, très prudemment, du moranyl dont elle reçoit trois piqûres intra-musculaires de 0 gr. 50, les 11 et 22 octobre, et le 7 novembre.

Après la troisième piqûre, traces d'albumine et quelques cylindres. Mais l'état général de la malade s'altère rapidement et ne tarde pas à devenir très précaire, elle a des défaillances cardiaques fréquentes, urine sous elle, et se montre d'une faiblesse telle qu'il est impossible de la baigner.

Les surfaces ex-ulcérées, suite de bulles rompues, sont recouvertes, malgré le pansement au collargol et au tulle gras, par un enduit verdâtre.

La malade est *décédée* hier au soir, 17 novembre.

OBSERVATION VI

*A propos d'un essai de traitement du pemphigus
par le 205 BAYER (Germanin) et le 309 FOURNEAU (Moranyl)*

Une femme, âgée de 45 ans.

Cette personne est dans notre service depuis le 12 juillet 1933, date à laquelle elle fut admise avec le diagnostic d'eczéma généralisé. Trois à quatre semaines plus tôt, elle avait commencé à présenter, sur tout le corps, des lésions rouges, suintantes, fortement prurigineuses. Lors de son admission, un fait frappant fut noté: les lésions présentaient toutes une forme vaguement arrondie, donnant l'impression d'être due à des bulles qui se seraient rompues, mais ni la malade ni nous ne réussîmes à en voir. Ce n'est qu'après trois semaines de séjour à l'hôpital que nous fûmes à même de constater une bulle typique sur le devant de la poitrine, qui nous donna la clé du diagnostic de cette éruption si curieuse. A partir de ce moment, la malade se mit à faire des poussées subintrantes de bulles, lesquelles s'ouvraient pour ainsi dire avant d'être réellement formées. L'ensemble de son corps était une vaste surface suintante qui, peu à peu, s'est mise à se recouvrir de lamelles squameuses demi-adhérentes. Tous les matins, on balaie des quantités de squames autour de son lit, et on change les pansements transpercés par le sérum.

Cette malade est par moments complètement apyrétique, en d'autres périodes, elle présente des températures allant jusqu'à 39°5 et 40°. Les hémocultures répétées fréquemment n'ont jamais permis de constater autre chose que des microbes d'infection secondaire, de l'entérocoque, du staphylocoque doré hémolytique et des bacilles ne prenant pas le Gram, non pathogènes.

Les lésions cutanées furent traitées par de la vaseline collargée à 10 %, des crèmes à l'eau de chaux, du tulle gras, selon l'état à prédominance de suintement ou de desquamation.

Comme traitement interne elle eut, dans le courant de son année d'hospitalisation, plusieurs séries de sulfarsénol, de la septicémine intraveineuse, des cures de digitaline quand son cœur flanchait, des séries de piqûres intra-musculaires d'extrait splénique, du panxylon *a* et *b*, de l'extrait thyroïdien à faibles doses, des pilules de quinine-ergotine, du sérum glucosé isotonique en goutte à goutte rectal.

Toutes ces médications n'empêchèrent pas l'évolution vers la chronicité de ce pemphigus foliacé, avec, par moments, très mauvais état général laissant craindre une issue fatale à brève échéance.

Dans les urines, on ne trouva jamais ni albumine ni sucre, la glycémie est de 1,25 %, l'urée sanguine de 0,17, toutes les réactions sérologiques sont négatives, la tension artérielle oscille autour de 10-11 comme maximum, à 6-7 comme minimum.

Durant tout le mois de mai 1934, la malade présente une température de 37° à 37°8 le matin et 39° à 39°2 le soir.

Le 24 mai, nous lui faisons une première piqûre intraveineuse de moranyl, de 0 gr. 5.

Le 25 mai, la température a baissé, mais la malade présente des traces d'albumine.

Le 26 mai, moranyl, un gramme intraveineux.

Le 29 mai, germanin, un gramme intraveineux.

L'albumine est nettement positive.

Le 30 mai, albumine à l'Esbach, 0 gr. 25.

Le 31 mai, germanin, un gramme.

L'albumine continue à paraître dans les urines; la température est tous les matins à 38°, le soir à 39°; malgré cela nous redonnons, le 4 juin, un gramme de germanin.

Le 4 au soir, température à 40°2, le 5 au soir, 40°, le 6 au soir, 39°, le 7 au soir, 38° pour rester autour de 38° régulièrement. Ce chiffre de 38° n'avait pas été atteint depuis le mois de janvier 1934.

Donc amélioration nette, autant dans l'état général que

dans l'état local, à la suite de 1 gr. 5 de moranyl et de 3 grammes de germanin donnés en douze jours.

Le 22 juin, nous recommençons une série par 0 gr. 50 de germanin. L'albumine reparait dans les urines à l'état de traces, la température reste entre 37° et 38°.

Le 25 juin, un gramme de moranyl.

Le 27 juin, un gramme de moranyl.

Le 29 juin, un gramme de moranyl.

Le 29 juin au soir, et le 30 juin au soir, la température remonte à 38°5 pour redescendre les jours suivants.

Le 3 juillet, un gramme de moranyl.

Le 5 juillet, un gramme de moranyl.

Le 9 juillet, un gramme de moranyl.

Soit 0 gr. 50 de germanin et six grammes de moranyl en dix-huit jours.

Le 9 juillet au soir et le 10 juillet au soir, température à 39° qui redescend pour persister depuis autour de 38° le soir.

La peau, à la suite de ces deux piqûres, s'est séchée presque complètement, mais continue à desquamer. La malade se sent beaucoup mieux, elle se lève un peu et a augmenté de poids. Devant ces résultats encourageants, nous allons lui faire une troisième série, mais en attendant un mois après la fin de la dernière cure. L'albumine des urines disparaît graduellement dès la fin des piqûres. A aucun moment nous n'avons trouvé de cylindres dans les urines.

Après sa deuxième série de six grammes de moranyl, nous l'avons laissée reposer pendant trois semaines, pour reprendre le moranyl le 31 août.

Le 31 août, moranyl: 0 gr. 90.

Le 2 septembre, moranyl: 0 gr. 90.

Le 4 septembre, germanin: 0 gr. 85.

Le 6 septembre, germanin: 0 gr. 85.

A ce moment, l'albumine apparaît dans les urines: nous cessons le traitement pour le reprendre le 22 septembre.

Le 22 septembre, moranyl: 0 gr. 90.

Le 24 septembre, moranyl: 0 gr. 90.

Le 27 septembre, moranyl: 0 gr. 80.

Le 29 septembre, moranyl: un gramme.

Le 31 septembre, moranyl: 1 gr. 20.

Le 3 octobre, moranyl: 1 gr. 20.

Après cette dernière piqûre, traces d'albumine et surtout poussée thermique à 39°4 pendant huit jours. La peau continue à présenter cet aspect suintant et exfoliant des pemphigus foliacés. L'état général de la malade est très précaire, mais elle continue à s'alimenter. L'état du cœur est mauvais, défaillances fréquentes; on lui donne de la digitaline et de la coramine.

Le 30 octobre, les urines contiennent de l'albumine, des cylindres granuleux, des cellules épithéliales et des leucocytes. Le 12 octobre, l'urée sanguine est à 0,44. On est frappé également par la teinte bronzée des téguments de la malade et par une asthénie des plus prononcées, le tout permettant de penser à une atteinte possible des surrénales.

Le 15 novembre au matin, la malade meurt de collapsus cardiaque.

Voici le protocole d'autopsie:

Femme de 46 ans, grande taille, état de cachexie prononcée, pas d'œdèmes, pas de rigidité, pas de lividité.

Téguments. — Pemphigus foliacé généralisé particulièrement épais au niveau des avant-bras, au niveau des fesses, parties encore peu cicatricielles: légère induration des téguments.

Organes génitaux: sans particularités.

Panicule adipeux: peu marqué.

Masses musculaires: faibles.

Vaisseaux du cou: vides.

Péricarde. — Lisse, un peu de liquide séreux, citrin, clair.

Cœur. — Ventricule petit, arrêt en systole, point à gauche, forme normale, cavité normale; valvules lisses, délicates, souples.

Myocarde. — Ferme rouge, brunâtre assez foncé, pas de

sclérose, pas d'autre lésion macroscopique visible. Coronaires, aorte, vaisseaux: lisses, souples, pas d'athérome.

Plèvres. — Lisses.

Poumons. — Droit: 350 gr.; gauche: 340 gr.

Volume normal, anthracose moyennement prononcée. Congestion irrégulière peu étendue.

A la coupe, poumons normaux, bien aérés, avec foyers de congestion irrégulière.

Langue. — Atrophie de la muqueuse, partie antérieure; gencives sans particularités, amygdales petites non cryptiques, blanchâtres, dessin flou à la coupe.

Œsophage, larynx, trachée, bronches: sans particularités.

Thyroïdes. — Goître adénomateux, colloïde, dimensions moyennes.

Thymus: sans particularités.

Ganglions: intertrachéo-bronchiques un peu augmentés, anthracosiques.

Abdomen. — Péritoine lisse.

Ganglions. — Microadénopathie généralisée. Ganglions rétro-péritonéaux de nombre normal, fermes et pâles.

Intestin, estomac, duodénum, pancréas: normaux.

Rate. — 350 gr., augmentée de volume, couleur rouge intense à la coupe, couleur homogène, pulpe blanche non visible. Boue splénique peu marquée.

Voies biliaires. — Normales.

Foie. — 1.700 gr. Capsule lisse, à la coupe légère stéatose, friabilité et élasticité: normales.

Surrénales. — Petites, atrophiques, couche de lipoides peu visible, médullaire rose intense.

Uretères. — Sans particularités.

Reins. — 160 gr. et 170 gr. un peu augmentés, consistance molle, pas de point hémorragique.

Bassins et uretères: normaux.

Décapsulation: facile; surface décapsulée irrégulière et vascularisée, aspect de néphrite épithéliale subaiguë.

Rectum, vessie: normaux.

Annexes : kystiques à gauche ; à droite, ovaire minuscule, corps blanchâtre central à contour polycyclique, trompe droite kystique.

Utérus. — Dur, petit, col avec congestion irrégulière, érosion, et un petit œuf de Naboth.

Encéphale, crâne, dure-mère, pie-mère : normaux.

Congestion peu marquée.

Cerveau : ferme.

Hypophyse : large et molle.

Moelle osseuse : très rouge intense, couleur framboise, succulente et crémeuse, dans l'os spongieux et la diaphyse.

Commentaire. — En résumé, mort par cachexie, avec néphrite et probablement atteinte des surrénales. La question qui nous vient à l'esprit, à la suite de ce décès, est la suivante : la malade est-elle morte par néphrite due au médicament, éminemment toxique pour le rein, néphrite que nous aurions provoquée dans ce cas ? Nous connaissons trop bien le pronostic des pemphigus de quelque forme qu'il s'agisse, pour savoir que ces deux malades étaient condamnées de toute façon. Nous continuerons nos essais avec le moranyl et le germanin ; seul un beaucoup plus grand nombre de cas pourra trancher le débat.

Nous ajouterons enfin, pour terminer, que l'examen histologique des glandes endocrines de notre seconde malade, a déjà révélé des lésions intéressantes dont l'étude est poursuivie et dont nous vous parlerons dans notre prochaine séance.

OBSERVATION VII

(SPILLMANN et WATRIN. Réunion de Nancy, 20-12-24.

Bull. Soc. fr. Derm. Syph., 1924.)

Pemphigus végétant

Une femme de 41 ans présente depuis le début du mois de septembre 1924 des lésions végétantes bien particulières qui ont débuté au niveau de la régions génitale. Cette malade,

dont la santé n'avait jamais rien laissé à désirer, s'est aperçue, il y a trois mois et demi, de la présence de petites lésions croûteuses dans la région péri-anale. Ces lésions se sont très rapidement modifiées, se sont considérablement développées et ont pris une allure végétante telle qu'au bout de deux mois la région vulvaire tout entière était couverte de placards hypertrophiques. On constate aujourd'hui sur cette région, sur le pubis et à la face interne des cuisses, la présence d'une nappe végétante épaisse de plus d'un centimètre, de coloration rose brunâtre, à bords nets, taillés à pic, séparés nettement de la peau saine par un sillon très marqué. L'aspect général est celui de papillomes génitaux cohérents et formant une masse ininterrompue recouvrant peau et muqueuses à la façon d'une carapace. Ces lésions végétantes laissent suinter une sérosité roussâtre qui dégage une odeur nauséabonde. A la face, la lèvre inférieure est recouverte d'une croûte verruqueuse, saillante, mamelonnée, qui gêne considérablement l'alimentation. La lésion la plus intéressante siège au pli du coude gauche ; à ce niveau le médecin traitant a fait, au mois d'octobre, un prélèvement de sang pour un Wassermann ; la plaie a été pansée à la teinture d'iode ; quelques jours après la piqûre, le pli du coude était recouvert des mêmes placards verruqueux constatés sur la vulve, placards ayant environ le diamètre de la paume de la main et une épaisseur de près d'un centimètre.

Un examen approfondi nous a permis de déceler, dans le sillon qui sépare les lésions végétantes de la peau saine, la présence de petites bulles donnant très rapidement naissance à des érosions extensives.

L'état général de cette malade est des plus précaire ; elle a beaucoup maigri et présente un teint jaune paille qui fait songer à la cachexie cancéreuse. La sérologie est négative, les recherches bactériologiques n'ont donné jusqu'à présent aucun résultat ; l'examen du sang dénote 16 % d'éléments éosinophiles.

Examen histologique (placard végétant du pli du coude)

effectué par M. WATRIN. L'épiderme est très épaissi et cette hypertrophie concerne exclusivement le corps de Malpighi dont les assises cellulaires sont augmentées de nombre en même temps que les cellules sont augmentées de volume : il y a en outre un état de spongieuse manifeste et les filaments d'union sont très nets. De place en place il y a des nids de leucocytes éosinophiles. L'éosinophilie est plus marquée dans le derme et dans le corps papillaire où l'infiltrat, très dense, est presque exclusivement constitué par des éosinophiles. Il n'y a pas de cristaux de Charcot-Leyden.

Le pronostic est forcément très sombre et rien ne paraît pouvoir enrayer l'évolution fatale de la maladie.

Commentaire. — La conclusion apportée par les auteurs s'est, en effet, affirmée par la suite, le décès de la malade étant survenu peu après.

La thérapeutique essayée suivant les méthodes utilisées à cette date, en 1924, par les auteurs, s'est révélée une fois de plus inefficace : c'est un échec des méthodes de choc, un échec des arsenicaux.

OBSERVATION VIII

(SPILLMANN, DROUET et MICHON. Réunion Nancy, 20-12-24.
Bull. Soc. fr. Derm. Syph., 1924.)

Pemphigus subaigu

Un mécanicien, âgé de 31 ans, célibataire, sans aucune tare pathologique. Il est pris brusquement, en octobre 1921, d'épistaxis à répétition. Quelques semaines après, en novembre, il ressent une légère sensation prurigineuse au voisinage de l'ombilic et s'aperçoit de la présence, à ce niveau, d'une bulle développée en peau saine. Quelques jours plus tard, une cinquantaine d'éléments bulleux lenticulaires entourent l'ombilic. A la même époque le pharynx devenait douloureux ; l'intérieur du conduit nasal et les orifices des narines se revêtaient de croûtes. Un médecin, appelé auprès du malade, songe

à des lésions syphilitiques secondaires et prescrit un traitement mercuriel. Dès le début de ce traitement, une éruption bulleuse se développe dans la région inter-scapulaire; cette éruption gagne rapidement toute la surface du corps. Le malade, pris de fièvre, est obligé de s'aliter et est amené le 29 décembre à la clinique de Dermatologie. Il est pâle et prostré; anurie presque totale, langue rôtie, lèvres fuligineuses. On remarque sur la peau des bulles tendues remplies de liquide citrin et de nombreuses érosions mettent le derme à nu. Les lésions sont surtout marquées autour des orifices naturels, au niveau des plis articulaires, à la face, sur l'abdomen et sur les régions fessières. La réaction de Wassermann est négative; la formule leucocytaire dénote de l'éosinophilie (10 %). Hémoculture négative. A partir de cette époque, l'éruption passe par une série de phases successives avec des alternatives d'exacerbations et de rémissions. Nous ne faisons ici que résumer l'observation qui sera publiée ultérieurement *in extenso*. Pendant les deux premiers mois, les bulles succèdent aux bulles. Certaines lésions prennent une allure végétante. Le contenu des bulles devient très rapidement louche, puis prurulent, et dégage une odeur fétide. Le signe de Nikolsky est très net aux points de frottement. Fièvre peu élevée, diarrhée abondante et légère albuminurie. Un essai d'auto-hémothérapie paraît provoquer une amélioration de l'état général, et le malade peut essayer de se lever pendant quelques jours. Vers le 20 février, une suppuration abondante s'établit au niveau des ulcérations. On observe de vastes nappes rouges avec dénudation du derme. Le moindre frôlement provoque des décollements épidermiques. Les lésions les plus importantes s'observent sur le cuir chevelu, le front, les yeux, les lèvres, le menton, les épaules, les fesses et les plis articulaires. On fait des injections intra-musculaires d'électrargol; la suppuration paraît d'abord diminuer puis s'exagère; œdèmes multiples et cachexie.

Nous avons alors tenté l'emploi de l'immunothérapie. On prélève par ventouse scarifiée trois centimètres cubes de

sang qui est hémolysé dans dix centimètres cubes d'eau distillée additionnée d'une petite quantité de sérosité louche recueillie par ponction de bulle. Cette préparation est injectée sous la peau de la cuisse. Le lendemain, le point d'injection est marqué d'une bulle volumineuse à contenu séro-purulent qu'on prélève par ponction, qu'on additionne d'éther et qu'on injecte sous la peau. Ce traitement, prolongé sans succès pendant quelques jours, est remplacé par des injections de vaccin de Delbet. La suppuration paraît diminuer et l'état général semble s'améliorer. Le 5 avril, la face est complètement cicatrisée, la suppuration est tarie au tronc et aux membres, et la langue est presque totalement décapée. Cette amélioration ne dure pas et les lésions bulleuses réapparaissent vers le 18 avril; les ulcérations reprennent leur caractère intensif, l'état général s'aggrave: crises de diarrhée avec selles lientériques, amaigrissement rapide, expectoration fétide et rous-sâtre. Le malade succombe le 21 juin.

En conclusion de cette observation, nous pourrions établir qu'elle est un échec total des méthodes de choc (auto-hémothérapie, injections l'électragol, abcès de fixation) et des anti-septiques (arsenic, émétine).

OBSERVATION IX

(SPILLMANN et WATRIN. Réunion de Nancy, 20-12-24.

Bull. Soc. fr. Derm. Syph., 1924.)

Pemphigus subaigu grave à bulles extensives

Une femme de 57 ans, d'une santé très robuste, qui vers le 10 août 1924 présente des lésions érosives des lèvres. Elle est examinée successivement dans un service de laryngologie et dans un service de médecine générale où le diagnostic de syphilis secondaire est posé. Elle est envoyée ensuite à la clinique de Dermatologie: on constate, à son entrée au service, que cette malade présente sur toute la région vulvaire des lésions papulo-hypertrophiques suintantes. La

peau de l'abdomen est couverte d'érosions polycycliques et de croûtes épaisses; incrustations épaisses sur le cuir chevelu; ulcérations des lèvres avec gingivite fétide. L'état général est précaire; diarrhée abondante, fièvre à 38°. La sérologie est négative; éosinophilie (8 %).

Un examen journalier et attentif des lésions cutanées permet de déceler sur le pourtour des érosions cutanées et des placards croûteux, de petites bulles remplies de liquide clair. L'état de la malade décline très rapidement malgré tous les traitements employés, amaigrissement et cachexie. La production de bulles augmente et est surtout marquée à la paume des mains; les nappes érosives s'étendent. La malade succombe le 20 décembre.

OBSERVATION X

(SPILLMANN et WATRIN. Réunion de Nancy, 18-7-1925.

Bull. Soc. fr. Derm. Syph., 1925.)

Pemphigus chronique

Malade de 60 ans, vigoureux, sans autres antécédents que des troubles intestinaux intermittents, a vu apparaître, en août 1924, au niveau de la joue droite, sur une rougeur inflammatoire provoquée quelques jours auparavant par l'écrasement à ce niveau d'une chenille, deux petites bulles qui ont persisté telles quelles pendant une semaine, puis se sont affaissées et ont disparu sans laisser de traces: d'autres sont survenues ensuite derrière l'oreille, sur le cou et sur la partie supérieure des bras. L'apparition de ces bulles s'est faite insidieusement, sans douleurs, sans fièvre, presque à l'insu du malade; néanmoins, celui-ci se décide à consulter, en janvier 1925, son médecin, qui pense à un pemphigus bénin et fait un traitement par l'auto-hémothérapie.

Loin de diminuer, les bulles deviennent plus nombreuses, et augmentent en particulier de nombre à chaque injection de sang: le médecin suspend le traitement et pratique quelques injections de sérum de Quinton qui semblent avoir une in-

fluence heureuse. Mais au bout d'un certain temps, les bulles gagnent d'étendue et de volume; les mains, les avant-bras, le pli du coude, les bras, le dos, sont successivement envahis; la muqueuse buccale est atteinte à son tour, les forces du malade déclinent et lorsque celui-ci entre à la clinique de Dermatologie le 18 mars, tout le corps est envahi; au niveau des talons, les bulles ont le volume d'un œuf de poule et sont douloureuses. Sur le thorax la plupart des bulles ont un caractère franchement hémorragique, la bouche et les conjonctives sont envahies elles aussi, l'état général du malade est très grave, la température, qui oscillait aux environs de 38°, dépasse 39° le lendemain de l'entrée du malade, et le caractère hémorragique des bulles s'accuse de plus en plus; le signe de Nikolsky existe au plus haut chef.

On juge la situation comme désespérée et nous mettons tout en œuvre pour enrayer ces hémorragies cutanées et muqueuses: la peptone de White, l'adrénaline, l'ergotine, le chlorure de calcium. Le malade reçut le premier jour une injection de dix centimètres cubes de peptone de White à 5 %, en même temps il prit, par la bouche, un milligramme d'adrénaline et vingt centigrammes d'ergotine; le lendemain, il absorbe la même dose d'ergotine et d'adrénaline. Le troisième jour, il lui est fait encore une première injection intraveineuse de chlorure de calcium à 10 %, le quatrième jour, adrénaline et ergotine seules, le cinquième jour, de nouveau une deuxième injection de peptone de White. Cette thérapeutique massive a les plus heureux résultats, aucune bulle hémorragique ne réapparaît à partir du troisième jour du traitement, et malgré la persistance d'une température très élevée (38° le matin, 39°5 le soir), l'état général du malade s'améliore visiblement.

Le même traitement est continué jusqu'au 4 avril, et à partir de cette date, la température descend au-dessous de 38°; de nouvelles bulles séreuses apparaissent, aucune d'entre elle ne revêt le caractère hémorragique. Le malade reste encore à la clinique jusqu'au 20 mai; et à cette époque les

bulles sont localisées presque exclusivement aux surfaces d'extension; le malade, rentré chez lui, fait une nouvelle poussée accompagnée d'une reprise de la température du 11 au 13 mai. Mais depuis cette époque, l'amélioration va s'accroissant chaque jour: à la date du 1^{er} juillet, le malade a repris ses occupations.

OBSERVATION XI

(SPILLMANN, WATRIN et CRÉHANGE. Réunion Nancy, 26-5-26.
Bull. Soc. fr. Derm. Syph., 1926.)

Pemphigus à bulles extensives.

S. M..., âgée de 60 ans, femme de ménage, ne présente aucun antécédent pathologique. Au début du mois de mars 1925, elle remarque, sur la face externe de la cuisse droite, deux petites bulles qui atteignent rapidement la taille d'une cerise et qui la font légèrement souffrir. Disons de suite que ce sont les seules dont l'apparition se soit accompagnée de douleurs.

Puis, très rapidement, d'autres bulles apparaissent sur la même cuisse, sur la cuisse opposée et sur les deux bras.

La malade vient consulter le 20 mars et refuse tout d'abord d'entrer à l'hôpital. On pratique, à deux jours d'intervalle, deux injections intra-musculaires de sang prélevé au pli du coude.

Son état, loin de s'améliorer, empire. Les bulles se multiplient sur les jambes et apparaissent en grand nombre sur le thorax, sur les flancs, à la face, au niveau du cou. Les muqueuses labiales et buccales sont atteintes: elles sont tapissées d'exulcérations qui rendent la mastication difficile et douloureuse.

La malade se décide à entrer à l'hôpital le 1^{er} avril. L'état général est très mauvais: asthénie et amaigrissement considérables. La fièvre est modérée: la température axillaire oscille entre 37° et 37°8.

Les bulles sont tellement nombreuses qu'aucune région du tégument n'est absolument indemne, et il en apparaît constamment de nouvelles dans les intervalles de peau saine. Elles naissent et se développent avec une grande rapidité. Leur volume varie de celui d'une noisette à celui d'un gros œuf de poule. Elles sont particulièrement développées sur l'abdomen, sur les fesses et sur le dos. Le contenu, d'abord clair, ne tarde pas à devenir un peu louche.

Le signe de Nikolski existe, et la simple application d'un pansement un peu serré provoque l'apparition de bulles allongées suivant les signes de striction.

Durant les premiers jours, on ponctionne aseptiquement les bulles et on les recouvre de pansements au liniment oléocalcaire.

Mais devant la rapidité avec laquelle les bulles s'étendent et confluent, transformant certaines régions, notamment les fesses, en vastes placards entièrement à vif, devant la rapidité avec laquelle décline l'état général, nous décidons de mettre en œuvre une méthode de traitement qui, pour empirique qu'elle soit, n'a pas tardé à nous donner des résultats véritablement inespérés.

Cette méthode avait été employée pour la première fois à la clinique dans les conditions suivantes (MM. SPILLMANN et WATRIN, Réunion dermatologique de Nancy, 18 juillet 1925) :

Il s'agissait d'un pemphigus à bulles hémorragiques. Pour lutter contre les hémorragies cutanées et muqueuses, on employa la peptone de White, l'adrénaline, le chlorure de calcium, l'ergotine. Le malade reçut le premier jour une injection de peptone de White à 5 %, en même temps il prit par la bouche un milligramme d'adrénaline et vingt centigrammes d'ergotine. Le lendemain, même dose d'adrénaline et d'ergotine. Le troisième jour, injection intraveineuse de chlorure de calcium à 10 %. Le quatrième jour, adrénaline et ergotine seules. Le cinquième jour on recommença le cycle.

Le résultat obtenu fut tel que le malade, entré à la clinique

dermatologique le 18 mars 1925, pouvait reprendre ses occupations le 1^{er} juillet. Il est vrai qu'il restait encore quelques bulles. Mais depuis nous avons eu de ses nouvelles: la guérison s'est affirmée et maintenue, sans récédive.

Par quel mécanisme une médication réputée antihémorragique a-t-elle pu agir sur le pemphigus lui-même? Agit-elle par simple production de chocs répétés? Par modification de la viscosité sanguine? C'est ce qu'il est bien difficile de préciser, dans l'incertitude où nous sommes en ce qui concerne l'étiologie et la pathogénie du pemphigus.

Quoi qu'il en soit, vu la gravité de la situation, nous n'avons pas hésité à reprendre une thérapeutique analogue à l'égard de notre malade actuelle.

Nous n'avons apporté que des modifications minimales: nous avons supprimé l'ergotine et nous avons fait:

Le premier jour. — Une injection intramusculaire de peptone de White, Cinq centimètres cubes de la solution à 5 %. La malade a pris en outre par la bouche un milligramme d'adrénaline.

Le deuxième jour. — Adrénaline seule.

Le troisième jour. — Injection intraveineuse de cinq centimètres cubes de la solution à 10 % de chlorure de calcium. Adrénaline par la bouche.

Le quatrième jour. — Adrénaline seule.

Le cinquième jour. — Reprise du cycle précédent.

Nous avons noté à la suite de chacune des injections de peptone une ascension thermique à 39°, 39°5.

Mais l'évolution du pemphigus a été nettement enrayée avec une grande rapidité.

Le nombre des bulles nouvelles a rapidement décru, ainsi que leur volume. Il est à noter que chaque injection de chlorure de calcium provoquait, le lendemain, l'apparition de trois à quatre bulles nouvelles. Mais il devenait de plus en plus rare d'en voir apparaître les autres jours. De leur côté les bulles anciennes et les ulcérations se séparaient avec une grande rapidité.

Actuellement la malade est entièrement transfigurée. Le traitement est appliqué depuis huit semaines : depuis quinze jours nous n'avons pas vu apparaître une seule bulle nouvelle en dehors de celles qui succèdent aux injections de chlorure de calcium.

Il n'existe plus trace des lésions au niveau de la face et du cou, celles des muqueuses sont également cicatrisées. Sur les membres et sur le tronc on peut encore voir quelques croûtes arrondies et de nombreuses cicatrices de coloration rouge sombre. Trois bulles en voie de se flétrir et qui n'ont pas atteint le volume d'un gros pois siègent au pourtour de l'ombilic et attestent la nature primitive de l'éruption.

L'état général s'est amélioré dans des proportions considérables, la malade se lève et compte quitter sous peu l'hôpital.

Dans l'état actuel de la question, l'interprétation de ces faits nous échappe.

Dans quelle mesure faut-il faire intervenir les actions de choc, les modifications de la viscosité sanguine ? Il serait téméraire de vouloir le préciser tant que nous ne serons pas fixés davantage sur la nature du pemphigus.

Néanmoins il nous a paru intéressant de signaler ces résultats encourageants obtenus, à deux reprises différentes, avec la même technique, dans le traitement d'une dermatose aussi redoutable.

OBSERVATION XII

(WATRIN. Réunion Nancy, 26-I-1927,

Bull. Soc. fr. Derm. Syph., 1927.)

Pemphigus à localisation buccale primitive et à manifestations cutanées retardées

Il s'agit d'un homme de 40 ans qui vient de succomber à un pemphigus dont le début remonte au mois de mai 1926 ; jusqu'en septembre, c'est-à-dire pendant près de cinq mois, les téguments ont été indemnes et l'affection a été exclusivement localisée à la muqueuse buccale : tout d'abord les gen-

cives seules furent intéressées, et un dentiste consulté à cette époque crut bon de faire des injections locales d'innava; un peu plus tard, la voûte palatine et la face interne des joues furent prises et le malade s'en alla consulter un oto-rhinolaryngologiste qui diagnostiqua une stomatite ulcéro-membraneuse et prescrivit des badigeonnages locaux, sans du reste aucun succès; le rebord des lèvres, puis plus tard les orifices narinaires furent atteints à leur tour, et c'est à ce moment que nous vîmes le malade pour la première fois: celui-ci avait conservé un bon état général, en dépit de souffrances vives et d'une gêne très grande dans la déglutition; la bouche était, en effet, le siège d'érosions diffuses, recouvertes de lambeaux de muqueuse grisâtre et saignant au moindre attouchement; des croûtes recouvraient le rebord des lèvres et les commissures labiales. L'examen microscopique du produit de raclage de la cavité buccale ne mit en évidence ni bacille fusiforme, ni spirilles; le Wassermann pratiqué sur la demande du malade fut négatif; néanmoins je pratiquai des injections de novarsénobenzol qui restèrent sans effet. Les premières manifestations cutanées apparurent en septembre au niveau du menton, de l'interligne génito-crural et de l'ombilic sous forme d'érosions douloureuses se recouvrant presque aussitôt de croûtes: les premières bulles se formèrent sur la nuque et à la face postérieure des coudes, elles confirmèrent le diagnostic de pemphigus que j'avais pressenti à l'arrivée du malade. Celui-ci insista sur la nécessité d'une vaccinothérapie: l'ensemencement du milieu buccal donna du staphylocoque pur; l'auto-vaccin fut préparé et dix injections pratiquées en octobre n'empêchèrent nullement l'évolution rapide de l'affection.

La peptone de White, l'adrénaline, la quinine associée à l'ergotine, le chlorure de calcium, l'acétylarsan prescrits ensuite, ne retardèrent en rien la marche de ce pemphigus qui se généralisa rapidement, et le malade succombait en état de cachexie le 15 janvier 1927.

Cette observation est, par contre, un exemple d'échec de la méthode combinée: peptone, chlorure de calcium, adrénaline.

line, qui en 1925 et 1926 avait donné à l'auteur l'occasion de deux succès.

OBSERVATION XIII

(SPILLMANN. Réunion Nancy, 8-7-1927.

Bull. Soc. fr. Derm. Syph., 1927, p. 707.)

Pemphigus subaigu

E. M., âgée de 61 ans, quatre frères et sœurs bien portants. Rien à signaler dans les antécédents héréditaires. Mariée à 30 ans, à eu quatre enfants dont un est mort accidentellement à l'âge de 17 ans. Malade depuis le mois de janvier 1927. La maladie a débuté par des ulcérations d'abord gingivales, puis labiales et enfin buccales: plusieurs médecins ont porté le diagnostic de stomatite ulcéro-membraneuse. Les différents traitements employés n'ont pas modifié les lésions qui étaient très douloureuses et empêchaient la mastication: cette stomatite a été le seul symptôme de la maladie pendant cinq mois; elle se présentait sous forme d'exulcérations à fond blanchâtre à la paroi de la cavité bucco-pharyngée et recouvertes de croûtes épaisses, noirâtres, au niveau des lèvres.

Vers le 10 juin apparaissent pour la première fois des lésions cutanées semblables à celles qui existent au moment de l'entrée de la malade à la clinique. Elle se présente à la consultation le 6 juillet. Malade affaiblie, ayant maigri de vingt livres en quelques semaines. T. A.: M. 13,5; m. 7,5. Sérologie négative; urines normales; pas de température. Les lèvres et la face interne des joues sont couvertes de croûtelles sanguinolentes; les muqueuses sont excoriées et très douloureuses. En découvrant la malade on constate la présence de cinq bulles volumineuses dans la région lombaire, bulles remplies de liquide clair et développées en peau saine. Bulles jaunes à contenu citrin de la grosseur d'un pois dans le pli inguinal gauche. Lésion croûteuse dans la région sternale. Petites bulles à la face interne du genou, sur les cuisses et sur le bord externe de la rotule à la jambe gauche. Bulles flétries à la

nuque et dans les régions sourcillières. Placards papulo-hypertrophiques érosifs, humides et suintants dans les creux axillaires. Sur le reste du corps on constate par endroit des placards rouges, de la dimension d'une pièce de cinq francs recouverts d'une mince pellicule fripée (bulles éclatées).

Le traitement habituel au Service Fournier a été prescrit (adrénaline, chlorure de calcium, peptone de White).

Il a à peine retardé l'évolution fatale qui s'est produite en quelques mois.

OBSERVATION XIV

(SPILLMANN, CRÉHANGE et POLU. Réunion Nancy, 26-4-1929.
Bull. Soc. fr. Derm. Syph., 1929.)

Pemphigus subaigu à début bucco-pharyngé de longue durée

Il s'agit d'un homme de 32 ans, charron, qui est entré au service le 23 janvier 1929 pour des lésions bucco-pharyngées.

Le début de cette affection remonte à plus de sept mois.

Antécédents héréditaires. — Mère morte à l'âge de 55 ans de cancer de l'estomac.

Père mort à 66 ans d'affection inconnue.

Il a eu trois frères dont deux ont été tués à la guerre. Le troisième est en bonne santé.

Antécédents personnels. — Rougeole à l'âge de 13 ans. Broncho-pneumonie à l'âge de 15 ans.

Il a fait toute la campagne 1914-1918 sans blessure, mais a dû être évacué en 1918 par suite d'une atteinte des gaz vésicants.

Il est marié, sa femme jouit d'une excellente santé. Une seule grossesse, pas de fausses couches. L'enfant, une petite fille de 3 ans est en bonne santé.

Histoire de la maladie. — Dans les premiers jours du mois de juin 1928, après l'absorption de fraises crues, le malade voit apparaître une petite ulcération sur la face muqueuse de la joue gauche, à peu près en face de la première molaire supérieure.

Bien qu'il se soit écoulé quatre à cinq jours depuis l'absorption des fraises et que leur ingestion n'ait été suivie d'aucun malaise immédiat, le malade y voit l'origine de son affection. Il se purge et se fait de fréquents lavages de bouche à l'eau salée. L'ulcération se cicatrice en quelques jours, mais une autre survient quatre à cinq jours plus tard, à peu près au même niveau. Un pharmacien, consulté, « prescrit » des lavages de bouche au bicarbonate de soude. L'ulcération s'étend en surface, tout en restant superficielle. Plusieurs médecins, plusieurs dentistes sont alors consultés tour à tour. Différents traitements sont essayés, puis abandonnés : gargarismes à l'eau oxygénée, attouchements à la solution de bleu de méthylène, collutoire iodé, injections intra-musculaires d'acétylarsan.

La lésion s'étend et le malade finit par ne plus ouvrir la bouche.

En octobre, il consulte un stomatologiste qui, par des soins locaux (sanogyl-odardo) obtient une amélioration sensible. Après quinze jours de traitement le malade peut à nouveau manger. Mais l'ulcération persiste, recommence à progresser. De nouvelles érosions apparaissent à la face interne des joues et sur le bord libre des lèvres qui se couvrent de croûtes noirâtres, ainsi que le pourtour des narines.

Mais jamais, bien qu'il s'examine toujours avec une grande attention, le malade n'a pu noter un stade bulleux des lésions.

Il entre à l'hôpital Fournier le 23 janvier 1929.

Examen à l'entrée. — L'état général est bon, pouls à 72. Pas de température. Tension artérielle normale.

Les lèvres supérieures et inférieures sont exfoliées par places et recouvertes de croûtes noirâtres. On remarque des croûtes semblables au pourtour des narines, surtout à gauche. Le malade arrive à ouvrir péniblement la bouche. On voit sur la face muqueuse des joues, surtout en face des dents et sur le pilier gauche du voile du palais de vastes ulcérations superficielles, à contours irréguliers, recouverts de fausses membranes jaunâtres. On note les mêmes lésions sur les bords de

la langue. Elles dégagent une odeur extrêmement fétide. Légère réaction des ganglions rétro-angulo-maxillaires qui sont douloureux à la pression.

Le malade se plaint de salivation continuelle et de gêne de la mastication et de la déglutition. Cependant la prise d'aliments solides est encore possible, mais douloureuse.

La respiration nasale se fait péniblement. Le nez est constamment enchifrené et les narines sont le siège d'un écoulement séro-sanguinolent. Le malade se plaint de vives douleurs dans le nez.

On ne remarque aucune lésion sur le reste du corps. Depuis qu'il a été gazé le malade présente tous les hivers une toux fréquente avec expectoration. L'auscultation du poumon ne montre que des signes de bronchite diffuse. A la radioscopie les champs pulmonaires sont clairs dans leur ensemble. Dans les urines, ni sucre, ni albumine, mais quantité notable de phosphates.

Un prélèvement des fausses membranes bucco-pharyngées ne montre pas de fuso-spirilles.

Un fragment de muqueuse est prélevé à la face interne de la joue gauche, à cheval sur le bord d'une ulcération. L'examen histologique (Prof. WATRIN) ne décèle qu'une simple congestion des capillaires superficiels.

La réaction de Bordet-Gengou syphilitique est négative dans le sang.

Dès son entrée le malade reçoit une injection de sérum anti-gangréneux. A la suite de cette injection, la fétidité de l'haleine diminue. Mais les lésions ne régressent pas. On fait alors des pulvérisations bi-quotidiennes de solution de Dakin, suivies d'attouchements au collutoire au novarsénobenzol. Les fausses membranes diminuent. On essaye alors les injections intraveineuses de 914, mais elles sont mal tolérées.

Le 3 février, c'est-à-dire une dizaine de jours après l'entrée du malade, nous sommes frappés par l'apparition sur le dos, au niveau de la partie supérieure de l'omoplate gauche d'une bulle renfermant un liquide citrin. Cette bulle a pris

naissance en peau saine. Son développement a été assez rapide pour qu'elle ait pu atteindre dans le cours d'une seule nuit la dimension d'une pièce de 1 franc.

La présence et les caractères de cette bulle nous font penser au pemphigus subaigu malin à bulles extensives décrit par Brocq, diagnostic que l'évolution ultérieure ne tarde pas à confirmer.

En effet, comme si l'apparition de cette première bulle, était le signal d'un véritable déchainement de l'affection, nous voyons, malgré les traitements institués et sur lesquels nous reviendrons plus loin, les bulles surgir de tous côtés et s'étendre avec une rapidité foudroyante. Les premières de ces bulles naissent au pubis, à la face interne des cuisses, sur les organes génitaux, puis simultanément sur les membres supérieurs et inférieurs et sur le tronc. Elles évoluent par poussées, suivies de régression momentanées.

Par suite de la rupture des bulles et de leur confluence le corps est presque entièrement couvert de vastes placards à contours polycycliques mettant à nu un derme rouge vif, et stintant.

Le signe de Nikolski est positif et apparaît spontanément aux endroits où les pansements sont un peu serrés.

L'état général commence à décliner. La température oscille entre 37°5 et 38°5, et le malade accuse une sensation de froid continuel. Les douleurs sont atroces. L'alimentation est très difficile et seuls les aliments liquides sont tolérés.

Le 12 mars, nous sommes frappés par une pigmentation brune siégeant sur le front et sur les tempes.

Le poulx est mou, à 116, bien que le malade prenne de l'adrénaline depuis plusieurs semaines. La tension artérielle est impossible à prendre.

De plus, on note au niveau des lésions cicatricielles laissées par les bulles en divers endroits du corps l'existence d'une pigmentation brune dont la teinte devient de plus en plus foncée, presque noire.

Le 25 mars. — Élévation brusque de la température: 39°9. Erysipèle localisé à la joue gauche. Le malade est transféré au service des contagieux.

Depuis cette époque l'état général décline très rapidement. Les poussées éruptives sont subintrantes et les ulcérations laissées par les bulles n'ont plus aucune tendance à la cicatrisation. Les douleurs sont continuelles et atroces. Le malade évolue vers la cachexie terminale, et, malgré le traitement, l'exitus paraît inévitable et prochain.

Traitement. — Indépendamment des divers traitements locaux, dès que notre diagnostic fut orienté vers le pemphigus subrigu à bulles extensives, nous avons institué le traitement général que nous avons proposé (Soc. Fr. Derm., Nancy, mai 1926) et auquel nous devons plusieurs succès.

Ce traitement consiste en injections alternées de chlorure de calcium et intraveineux et de peptone de White intramusculaire, avec administration ininterrompue d'adrénaline.

Le malade reçoit dans les muscles de la fesse cinq centimètres cubes de la solution de peptone de White à 5 %. Deux jours après, une injection intraveineuse de cinq centimètres cubes de la solution à 10 % de chlorures de calcium.

Deux jours après peptone et ainsi de suite. De plus, il absorbe par la bouche des doses croissantes de solution d'adrénaline à 1 ‰ (de vingt à quarante gouttes).

Nous avons associé à ce traitement, lorsque les piqûres sont devenues impossibles l'administration par la bouche de chlorhydrate basique de quinine, mais sans aucun résultat.

Les auteurs ajoutent qu'ils ont été frappés de la rapidité et de l'intensité de l'éruption cutanée après le déclenchement de la première bulle.

Le contraste était vraiment frappant, à quelques jours d'intervalle, entre la bénignité apparente des lésions, le maintien d'un bon état général, tant que les lésions furent purement locales, et le délabrement cutané, la cachexie rapide sitôt après l'apparition des premières bulles cutanées.

Les auteurs n'ont donc pas été étonnés, de l'inefficacité absolue du traitement.

En somme, c'est encore un échec de la méthode vaso-constrictive et de choc.

OBSERVATION XV

(*Bull. Soc. fr. Derm. et Syph.*, janvier 1935.
Réunion de Nancy.)

*Pemphigus à bulles extensives très amélioré
par le traitement de Leszczynski*

Marie G..., 64 ans, infirmière à l'hospice de R..., a toujours été en bonne santé jusqu'en septembre 1934; ses antécédents héréditaires et familiaux ne présentent rien de particulier (une sœur morte d'un ictus, un frère mort de congestion pulmonaire). Elle n'a pris aucun médicament avant l'apparition de sa dermatose.

C'est à la fin du mois de septembre 1934 qu'elle a vu apparaître les premières bulles au niveau du bras droit; ces éléments bulleux débutaient par des douleurs à type de brûlures et créaient en se vidant des érosions rapidement extensives en nappes par leur périphérie. Des membres, l'éruption, en quelques semaines, envahit les plis de l'aisselle et de l'aîne, le visage et les muqueuses buccales.

Fin octobre 1934, elle est hospitalisée à Fournier. L'état général est profondément touché; il y a de l'anorexie, de l'insomnie, un léger état fébrile, près de 38°.

Les téguments sont envahis presque partout, mais surtout aux plis dans les aisselles, dans les aines, sur les membres (bras, cuisses) et sur l'abdomen.

L'élément primitif est une bulle, disposée en peau saine, de taille assez grande. Ces bulles, bien pleines, sont de deux types; les unes sont sereuses, rondes et tendues; les autres, flasques, un peu hémorragiques, dessinant, en s'affaissant, des éléments irisés, en cocardes, à point nécrotique central avec double cercle concentrique et halo inflammatoire périphérique.

Ces diverses bulles en évoluant, s'affaissent et s'étalent en nappes, très rapidement. Sur ces nappes érosives, l'épiderme manque et la pression même très légère y fait sourdre des gouttelettes sanguines. Il en résulte de larges surfaces exulcérées qui mettent à nu d'une façon symétrique les aisselles en gagnant vers la région sternale en avant, les omoplates en arrière, le cou vers le menton, l'aîne où toute la région pubienne et la moitié supérieure des cuisses est dénuée, et de places en places, sur l'abdomen et les membres; le visage n'est pas intact, il y a des bulles et des érosions aux paupières et aux oreilles.

Le signe de Nikolsky est des plus nets : à une pression oblique en peau saine, la couche cornée se laisse facilement décoller et en douze heures au point de pression une bulle est formée.

Les muqueuses buccales sont atteintes : on note quelques érosions d'aspect diphthéroïde, mais très isolées, sur les lèvres, les gencives et la face interne des joues.

Il n'y a ni sucre, ni albumine dans les urines, qui sont normales comme quantité. Le Bordet-Wassermann est négatif; l'urée sanguine est à 0,48 par litre. On ne trouve point d'éosinophilie dans le liquide des bulles. L'examen qualitatif du sang a montré le 25 novembre 1934 :

Neutrophiles	58
Eosinophiles	6,5
Lymphocytes	17
Monocytes	17,5

en résumé : monocytose et éosinophilie légères.

L'examen quantitatif a révélé :

Globules blancs	12.800
Globules rouges	4.480.000

- 1° Il n'y avait pas lieu de penser à une toxidermie bulleuse;
- 2° L'affection n'était ni polymorphe ni herpétiforme et il

n'y avait pas d'éosinophilie locale comme dans la dermatite de Dühring ;

3° L'évolution extensive locale en larges érosions, les douleurs, l'atteinte de l'état général n'était pas le fait d'un érythème polymorphe bulleux. Le léger état fébrile, les phénomènes généraux, l'atteinte des muqueuses, la large diffusion des nappes bulleuses en un mois d'évolution faisaient porter le diagnostic de pemphigus subaigu à bulles extensives décrit par BROcq.

Le traitement institué a été :

Localement badigeonnages de bleu de méthylène et pansements secs ou au liniment oléo-calcaire :

A l'intérieur, adrénaline (quarante gouttes par jour) et au bout de vingt jours, le traitement a été celui préconisé par LESZCZYŃSKI, modifié par Luis ROIGT et qui a consisté en injections intraveineuses trois fois par semaines de dix centimètres cubes d'une solution d'urotropine à 30 % avec adjonction d'un centigramme de bleu de méthylène par ampoule, et en l'absorption, les jours intercalaires, de un gramme de quinine (bromhydrate en cachets).

Ce traitement a modifié d'une façon très favorable le processus évolutif de l'affection : l'état général s'est relevé ; le sommeil est revenu ainsi que l'appétit ; l'amaigrissement s'est arrêté et il n'y a plus eu de fièvre. Les nappes érosives se sont rapidement cicatrisées par leur centre, sans que l'infection secondaire habituelle n'y crée les ulcérations croûteuses si tenaces à l'ordinaire ; les bulles en peau saine se sont raréfiées puis ne sont plus apparues. C'est seulement en bordure des érosions que le processus bulleux a persisté, tendant à élargir les érosions par la création de bulles de plus en plus petites et manifestant ainsi une évolution centrifuge des plus curieuses.

Il faut ajouter que la fragilité épidermique paraît avoir bien diminué, que les muqueuses sont redevenues nettes et que dans l'ensemble près des trois quarts des téguments atteints sont cicatrisés correctement.

Tels étaient les résultats obtenus dans ce cas à la date du 15 décembre 1934 de la Réunion Dermatologique de Nancy.

Après trois nouveaux mois au cours desquels le même traitement a été continué, il est permis à la date du 8 mars 1935 de garder la même bonne impression : il n'est pas question toutefois de parler aucunement de guérison.

Cependant l'état général après sept mois de rémission se maintient assez bon ; les bulles nouvelles sont toujours très raréfiées ; les surfaces tégumentaires, érodées, s'épidermisent vraiment vite. Les muqueuses sont redevenues nettes, le sommeil est bon et les diverses fonctions organiques s'assurent normalement.

En un mot, le traitement de Leszczynski (une trentaine d'injections d'urotropine concentrée + bleu de méthylène ont été pratiquées) apparut avoir une influence favorable sur l'évolution de ce cas de pemphigus, dont l'évolution paraissait devoir être au début particulièrement rapide.

Il faut signaler que, à la moitié du traitement, on suspendit quelques jours les piqûres ; il ne fallut qu'une semaine d'arrêt du traitement pour voir survenir une nouvelle poussée extensive qui céda de nouveau assez vite à la reprise des injections.

Ceci permet de croire à l'influence nette du traitement de Leszczynski.

OBSERVATION XVI

(LOUSTE, DUPUY, DUTEMPS, THIBAUT, LOUET.

Bull. Soc. fr. Derm. Syph., 1924, p. 481.)

Onze cas de pemphigus conjonctival

M^{me} L. M..., 46 ans.

Début 1921. — Bulles région cervicale qui se rompent et disparaissent.

1922. — Nouvelle poussée durant peu, au même endroit.

1923. — Eruption bulleuse sur le cou, les cuisses, forçant le malade à se faire hospitaliser.

On note alors des macules cicatricielles, violacées, disséminées sur le cou et les cuisses, près des éléments croûteux, séquelles de bulles. Le prurit est très vif; on remarque aussi des lésions conjonctivales à gauche, un B.-W. a été pratiqué, il s'est révélé négatif.

Traitement. — On commence par l'énésol et le novarsénobenzol sans résultat.

Du 3 mars au 26 juin. — Radiothérapie du corps thyroïde (6 H). Ce traitement a pour effet de diminuer d'une façon très nette le prurit de la malade, mais cependant les poussées éruptives se reproduisent aux avants-bras, au dos de la main, aux cuisses, et au cou.

Le 4 juin. — Apparition de bulles sur la conjonctive palpébrale, inférieure droite.

On constate aussi une rétraction marquée de la conjonctive à la face interne des paupières.

L'état général est resté bon. L'éosinophilie est à 5 %.

OBSERVATION XVII

M^{me} M. M..., 33 ans.

Début 1920. — Lésions bulleuses au niveau de la paume des mains et de la plante des pieds.

Depuis, apparition de poussées aiguës suivies de rémission.

En 1923. — La malade est opérée de deux ectropions aux paupières supérieures.

19 mars 1924. — La malade est atteinte de photophobie.

Ectropions au niveau des paupières inférieures.

La conjonctive est blanche, mate, sèche et présente un aspect corné (xérosis).

Lésions cornéennes: leucomes irréguliers, diffus, à vascularisation superficielle.

Réduction de l'ectropion des deux paupières inférieures qui n'amène aucun soulagement marqué.

12 juillet 1924. — Apparition de lésions bulleuses sur le

voile du palais. D'autre part, on ne constate rien au niveau des autres organes. Le B. W. est négatif.

12 juillet, 13 octobre: *Traitement.* — Pendant cette période on a pratiqué vingt injections de sang à doses croissantes, jusqu'à 15 centimètres cubes.

L'amélioration constatée fut considérable.

Il n'y a plus actuellement de lésions actives.

OBSERVATION XVIII

(SPILLMANN, WEISS, MARCHAL. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, janvier 1933. Réunion Derm. Nancy, 3 décembre 1932.)

Nous avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital Fournier du 19 septembre au 30 octobre 1932 chez une cultivatrice des Vosges, âgée de 45 ans, un cas de pemphigus foliacé dont le début présente une particularité intéressante.

Dans les antécédents de cette femme; mariée depuis 24 ans, mère de trois enfants bien portants, nous retiendrons simplement:

1° Des troubles circulatoires des extrémités: engelures, acrocyanose des pieds et des mains avec peau lisse et sensation de doigt mort.

2° Deux éruptions:

a) En 1926: éruption cutanée, en cours de couches, de petites papules rouges avec sensation de piqûres d'aiguille sur tout le corps d'une durée de six semaines.

b) En 1930: nouvelle éruption papuleuse très prurigineuse mal caractérisée des organes génitaux, petites et grandes lèvres, et de la région hypogastrique.

Quant à sa maladie actuelle, son début remonterait à 1930, avec l'apparition au niveau de la région pré-auriculaire gauche, d'un placard érythémato-squameux légèrement prurigineux, gros comme une pièce de 2 francs, semblable à un premier placard eczématiforme plus petit, existant déjà chez elle sur le front depuis 1922.

En juillet 1932. — L'extension de ce placard pré-auriculaire inquiète la malade qui consulte un médecin.

En août 1932. — Le 19, apparition dans l'après-midi de vives démangeaisons dans le dos où l'on constate au niveau de la région interscapulaire une vingtaine de bulles de la dimension d'une pièce de 50 centimes, remplies de sérosité. La malade s'aperçoit avec effroi qu'elle peut s'arracher des lambeaux d'épiderme.

Le 29 août 1932. — Dix jours plus tard, des lésions bulleuses, puis croûteuses s'étendent sur le dos, la poitrine et gagnent rapidement l'abdomen, les aisselles, le cou, les joues et le visage.

La malade entre à l'hôpital le 19 septembre 1932.

Examen. — Le tronc et le visage sont couverts de lésions croûteuses, blanchâtres ou jaunâtres, sans intervalle de peau saine, et qui ne sont rien autre qu'un amas de sérosité desséchée et concrétée. En soulevant ces croûtes, on tombe, soit sur la couche épidermique, muqueuse, avec ses papilles saillantes rouge violacé et par endroits saignantes et suintantes, soit sur de véritables ulcérations à fond lisse ou finement bourgeonnant.

Sur le pourtour de ces lésions, se trouvent des bulles véritables, de formation récente ou en voie de formation, de dimensions variables, souvent confluentes à contours irréguliers et contenant un liquide citrin légèrement hémorragique.

Toutes les muqueuses sont intactes.

Les avant-bras, les jambes, les cuisses présentent de petites plaques érythémateuses avec quelques bulles prêtes à éclorre. Sur les champs de peau saine, un attouchement un peu appuyé met en évidence le signe de Nikolsky.

Malgré l'étendue de ces lésions, cette malade a conservé un état général relativement bon : pas de fièvre, peu d'amaigrissement. Sommeil et appétit conservés. Aucun trouble digestif. Pas d'œdème. Toutefois un certain nombre de troubles témoignent d'un disfonctionnement ovarien : règles survenues deux fois en vingt jours le mois dernier ; on cons-

tate en outre les troubles circulatoires signalés dans les antécédents: acrocyanose très marquée des mains et des pieds avec peau lisse, blafarde, anémiée.

Il n'y a pas de sucre, ni d'albumine dans les urines; le Bordet-Wassermann est négatif; l'examen cytologique du liquide bulleux montre une forte prédominance des éosinophiles.

On a donc institué le *traitement* suivant:

Topique au bleu de méthylène et pansement.

A l'intérieur: *adrénaline*, 1 milligramme en injections intramusculaires quotidiennes.

Injections alternantes tous les deux jours, selon la méthode de Spillmann-Watrin; de chlorure de calcium intraveineux à 10 %, 5 centimètres cubes, et de peptone de White à 5 % intramusculaires, 10 centimètres cubes.

Malgré ce traitement, surviennent deux nouvelles poussées le 23 et le 26 septembre 1932, dont la dernière s'accompagne de frisson intense, pouls à 120, température à 38°5. Le lendemain les troubles généraux sont passés, mais de nouvelles bulles apparaissent. Au début d'octobre, tous les téguments sont envahis.

Vers le 10 octobre on ne voit plus de bulles; mais le corps est couvert de squames lamelleuses, humides, rappelant le tableau de certaines érythrodermies exfoliantes généralisées et qui résultent d'une sorte de clivage de l'épiderme.

Devant l'échec de la première thérapeutique, on institue pendant six jours des injections quotidiennes sous-cutanées de 0,04 d'émétine sans résultat; on essaie alors l'autohémothérapie et les pilules: ergotine + bromhydrate de quinine.

Aucun résultat.

Enfin, au moment où à cause de ces troubles acrocyaniques on allait tenter une médication opothérapique thyrohypophyso-ovarienne, la malade exige sa sortie et rentre chez elle le 30 octobre 1932, où, depuis, elle demeure dans un état stationnaire.

OBSERVATION XIX

(*Archives of Dermatology and Syphilology.*

Volume XXV, n° 1, janvier 1932, p. 134.)

*Cas de pemphigus guéri par des lavages du côlon
longtemps continué et l'arsenic en injections. SCHAMBERG*

SCHAMBERG décrit un cas grave de pemphigus chez un homme de 48 ans. Malgré des transfusions répétées, malgré les vaccins, le mercurochrome, la quinine, le novar, le cacodylate, l'aggravation était continue, le malade était adynamique et avait 40° de fièvre.

C'est lorsque son état paraissait désespéré que SCHAMBERG institua le traitement par des lavements de trente litres d'eau trois fois par semaine et une solution d'arsenite de potasse par la bouche.

Après trois mois de ce traitement l'amélioration fut considérable et après neuf mois le malade fut guéri.

SCHAMBERG ne pense pas devoir attribuer cette guérison à l'arsenic qui avait été employé antérieurement sous des formes différentes et qui, d'ailleurs ne donne jamais de guérison aussi radicale.

Il attribue ce résultat aux lavages répétés du côlon et suppose que le pemphigus est une infection d'origine intestinale.

OBSERVATION XX

(Réunion Dermatologique de Strasbourg. M.-L.-M. PAUTRIER, J. RÖDERER. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 1922.)

*Pemphigus foliacé avec décès
malgré la quinine et l'auto-hémothérapie*

Malade: Homme de 44 ans.

Aucun antécédent personnel ou héréditaire.

Début maladie: août 1913 aux bras, au tronc, aux cuisses, bulles de la grosseur d'une noisette, qui gagnèrent peu à peu le reste du corps.

Légère sensation de démangeaison.

Divers appareils: rien à signaler, sauf hypoazoturie, prédilection des lésions pour les extrémités.

Caractéristiques. — Décollement phlycténoïde de l'épiderme sans formation de bulle proprement dite.

Les lamelles épidermiques ont tendance à se dessécher et à former des squames blanc jaunâtre.

Les téguments sont un peu infiltrés d'un rouge sombre, partout où se trouvent les lésions.

Les lésions disséminées respectent la plante des pieds.

Les ongles présentent des stries transversales. Le malade présente une adénopathie généralisée: il y a un chapelet de ganglions mollasses le long de la jugulaire dans la région occipitale, ainsi que dans les aisselles et les aines, la présence de ganglions épitrochléens aux deux bras.

Traitement. — L'évolution des lésions date de neuf ans. Malgré la quinine, les pommades, l'auto-hémothérapie, il n'y a pas eu d'amélioration persistante et définitive.

Le B.-W. ayant été trouvé positif deux fois de suite, on a fait trois séries de piqûres d'Enesol qui n'ont eu aucune influence en bien ou en mal.

OBSERVATION XXI

(Przegląd. Dermatologiczny, vol. XXVIII, n° 4,
décembre 33, p. 622.)

*Un cas de pemphigus chronique vrai
traité par les injections de sublimé*

Il s'agit d'un cas grave de pemphigus chronique chez une femme de 39 ans.

Alors que les traitements habituels (auto-hémo, urotropine, quinine, etc.), n'avaient amené aucune amélioration et que l'état de la malade paraissait désespéré, l'auteur fit tous les deux jours des injections intramusculaires de bichlorure de mercure, d'abord à 0 gr. 01, puis à 0 gr. 015.

Ces injections provoquèrent au début des réactions fébriles à 39°-40°, mais simultanément l'état s'améliorait visiblement.

Après vingt injections les lésions cutanées furent cicatrisées et l'état général amélioré au point qu'elle put quitter l'hôpital au bout de six semaines.

La malade succomba malheureusement six mois plus tard à une grippe compliquée de néphrite.

VU:
Nancy, le 11 Mars 1935.
Le Président de Thèse,
L. SPILLMANN.

VU ET APPROUVÉ:
Nancy, le 11 Mars 1935.
Le Doyen de la Faculté de Médecine,
L. SPILLMANN.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER:
Nancy, le 19 Mars 1935.
Le Recteur de l'Académie,
L. BRUNTZ,
Président du Conseil de l'Université.

BIBLIOGRAPHIE

- ADAMSON (H.-G.). — Pemphigus foliaceus of 16 years duration. *Proc. Roy. Soc. Med. Lond.*, 1910-1911, IV, Dermat. Sect., 15-17.
- ALVAREZ (G.). — Pemphigus simple ou syphilis? *An. Derm. Syph.*, 1914-1915, p. 110.
- ALVAREZ SAINZ DE AJA (E.). — Epidermolyse bulleuse ou pemphigus traumatique. *An. Derm. Syph.*, 1918-1919.
- ALVAREZ SAINZ DE AJA (E.) et PITON PRAT (R.). — Pemphigus vulgare (caso-clinico). *Actas Dermo-Siphiliograficas*, 23^e année, juin 1931, n° 9, p. 671.
- ALVAREZ SAINZ DE AJA (E.) et FORNS CONTERA (M.). — *Penfigo foliaceo curado temporalmente*, 24^e année. n° 9, juin 1932, p. 459.
- AMBROGIO (A.). — Prove fitofarmacologiche nel pemfigo, nella dermatite erpétiforme di Duhring, ed-in altre malattie cutanee. *Gior. Ital. di Dermat. e Sif.*, 73, 105-107, février 1932.
- ARNDT. — Pemphigus foliacens. *Berli. klin. Wochenschr.*, 1908, XLV, 570-572.
- ARTZ (L.). — A propos du pemphigus. *M. m. W.*, 1930, n° 25, et *W. kl. W.*, n° 22.
- AZUA (J. de). — Penfigo foliáceo tratamiento or salvarsan. *Rev. Clin. de Madrid*, 1912, VIII, 281-301.
- Pemphigus foliacé. *An. Derm. Syph.*, 1914, p. 44.
- BAUM (H.-C.). — Report of four cases of pemphigus foliacens, and of a new line of treatment. *Am. J. Dermat. and Genito-Urin. Dis. St-Louis*, 1912, XVI, 356.
- BERGGREEN. — Pemphigus et germanin. *Munch. med. Woch.*, LXXIX, n° 46, 11 nov. 1932.
- BERNHARDT. — A propos de la nature des pemphigus. *Mémoires cliniques de l'Hôpital Saint-Lazare, de Varsorie*, t. I, fasc. 2, p. 48.

- A propos de l'étiologie du pemphigus et de la dermatite, herpétiforme de Duhring. *Polska Gazeta Lekarska*, p. 137, t. X, n° 7, 14 février 1932.
- BERNHARDT (R.). — Zür Aétologie des Pemphigus und der Dühring-schen Krankheit. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIV, fasc. 2, juillet 1933, p. 165.
- BERNUCCI (Felice). — Considérations sur un cas de pemphigus vulgaire bénin avec évolution en pyodermite végétante de Hallopeau. Clinique de Dermo-Syphiligraphie de l'Université royale de Turin. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilogia*, vol. LXVIII, fasc. V, octobre 1927, p. 1408.
- BERTACCINI (Giuseppe). — A propos de l'importance des altérations endocrines et nerveuses dans l'étiologie et la pathogénie du pemphigus. Recherches histo-pathologiques. *Archivio italiano di Dermatologia, Sifilographia e Venereologia*, vol. III, fasc. IV, avril 1928.
- Nouvelle contribution de recherches à l'étude des altérations endocriniennes et nerveuses dans le pemphigus. *Giornale italiano di Dermatologia e Sifilogia*, fasc. 2, avril 1929, p. 271.
- BIZZOZERO (E.). — Sopra un caso di dermatite erpétiforme con sintomi di epidermolosi bollosa. *Gior. ital. di Dermat. e Sif.*, 72, 1397, 1404, décembre 1931.
- BLAMOUTIER. — Déclenchement de poussée de dermatite polymorphe douloureuse, de Brocq, par le contact de l'eau ou par le froid, ou l'alimentation chocs, hémocla
- BLUT. — Tst das Salvarsan exanthen ein unspezifischer Heilfaktor (in nesonders bei Pemphigus behandlung). *Dermat. Woch.*, 86, 20-23, 7 janvier 1928.
- BOCKHOLT. — Pemphigus foliacens und Trauma. *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, Berlin, 1923, CXLII, 87-94.
- BODE (H.-G.). — Ueber Germanin wirkung bei Pemphigus chronicus. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 31, 5 août 1933, p. 1160.
- BOGDANOVICH (S.-A.). — Duhring's herpetiform dermatitis in children. *Sovet. Vestnik. Venerol. i. Dermat.*, n° 3, 1, 13-18, 1932.
- BOHNSTEDT (R.). — Zür Frage Pemphigus und Trauma. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCIV, n° 3, 16 janvier 1932, p. 89.
- BONNET-MORENAS (L.-M.). — Eruption à type de pemphigus foliacé, guérison (ou rémission). *Lyon Médical*, 1920, CXXIX, 483.
- BREDA. — L'autohémo dans le pemphigus vulgaire. *Giorn. ital. delle mal. ven. e delle pelle*, fasc. II, p. 563, 1924.

- BRENOS et WEISS. — Dermite bulleuse géante de l'abdomen chez un enfant (après application d'iode). *Bull. Soc. fr. Derm.*, réunion dermat., janvier 1933.
- BUDLOVSKY (G.). — Dermatitis herpetiformis Duhring Beitrag zur ätiologischen Frage. *Arch. f. Dermat. u. Syphil.*, 525, 530, 1932.
- BUREAU (G.). — Un cas de pemphigus végétant de Neumann. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*
- BUSCHKE (Pr.) et OLLENDORF. — *K. C. W.*, 1925, n° 44.
- BUSCHKE (Pr.). — *D. m. W.*, 1927, n° 15.
- CADARS (P.). — Contribution à l'étude des rapports entre l'érythème annulaire centrifuge et la maladie de Duhring, Brocq. Thèse de Paris, 1931.
- CATALA et MEYER (Jean). — Traitement du pemphigus épidémique du nourrisson par la méthode intrate Ag, ultra-violets d'Huldschinsky. *Bull. Soc. fr. D. S.*, avril 1934, p. 673.
- CAMPANA (R.). — Pemfigo cronico ed alterazioni nervose centrali da una stessa. *Clin. dermosifi log. pat. d. r. Univ. di Roma*, 1912, XXX.
- CASTELLO (B.). — Contributo clinico allo studio del pemfigo de la conjunctive. *Ann. di ottal. e clin. ocul.*, 55, 405-411, may-june 1927.
- CASTOLDI (F.). — Esperimenti sul potere patogeno del siero di sangue, e del liquido di bolla della dermatite erpétiforme de Duhring. *Gior. ital. di Dermat. e Sif.*, 73, 237-238, février 1932.
- CATERINA (A.). — Sull'etio-patogenesi del peppigo cronico (comunicazione con valore di nota preventiva). *Gior. ital. di Dermat. e Sif.*, fév. 1932.
- CAVALLUCCI. — Sur le pemphigus chronique bénin avec pigmentation cutanée diffuse et persistante. *Kinasc. med.*, 15 avril 1926.
- CHATELLIER (L.). — Un cas de pemphigus végétant. *An. Derm. Syph.*, 1927, p. 101.
- CHIALE. — Le pemphigus de Senear-Usher. *Gior. ital. di Dermat. e Sifil.*, 6 déc. 1933, in *Presse méd.*, n° 71, 5 sept. 1934.
- COHN. — Zwei Falle von Dermatitis herpetiformis Arsenthérapie. *Verhandl. f. Deutsch. Gesellsch.*, 1906-1907, p. 411.
- CORNBLEET (T.). — Some nonspecific dermatoses, their responses to spleen extract. *Arch. Dermat. et Syphil.*, 27, 956-962, june 1933.
- CONSTANS (G.-M.). — Ocular pemphigus. *Am. J. ophth.*, 10, 810-818, nov. 1927.

- COPELLI (M.). — Sur l'étiologie et la pathogénie du pemphigus. *An. Derm. Syph.*, 1915-1916, p. 329.
- COPELLI. — Recherches bactériologiques sur le pemphigus. *An. Derm. Syph.*, 1914-1915.
- COVEY. — Pemphigus vulgaris. *Arch. of Dermat. and Syph.*, mars 1924, p. 305.
- COURTOIS (J.) et LECOQ (R.). — Evolution, prophylaxie et traitement des infections: essai de prévention du pemphigus épidémique. *Revue de Pathologie comparée et d'Hygiène générale*, n° 455, août 1934.
- COUVELAIRE. — *La Pratique Médico-Chirurgicale*, t. VI. Masson, édit., Paris, 1931, p. 697-699.
- CRAPS. — Un cas de dermatite herpétiforme de Duhring. Société clinique des Hôpitaux, séance du 10 octobre 1931.
- Un cas de maladie de Duhring. *Le Scalpel*, n° 49, 5 décembre 1931.
- CREYX. — Pemphigus aigu, manifestation terminale d'une septicémie à streptocoque dermontrée sur l'hémoculture. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, 3^e série, 45^e année, n° 2, 28 janvier 1929, p. 106.
- CRIDLAND (A.-B.). — Unusual condition of conjunctiva and cornea. *Tr. Ophth. Soc. u. Kingdom London*, 1923, XLIII, 630.
- CROUSSET. — Contribution à l'étude de l'étiologie du pemphigus chronique (8^e Bordeaux, 1913).
- DANIELS. — Evolution mortelle d'un cas de pemphigus vulgaris traité par le « germanin ». *Munch. med. Wochen.*, an. LXXX, n° 14, 7 avril 1933.
- DAVIS (H. et W.). — A contribution to the treatment of Pemphigus. *Arch. of Dermat. and Syphilis*, nov. 1923, p. 627.
- DAVOS (R.-H.). — Treatment of pemphigus (iron cacodylate or sodium arsenate). Further report. *Arch. Dermat. et Syphil.*, 19, 451-458, mars 1929.
- DAVYDOFF (L.-L.). — Un cas de pemphigus vulgaire guéri par l'inoculation de la vaccine. *Roussky Vestnik Dermatolog.*, t. VIII, n° 4, avril 1930, p. 391-394.
- DE FRANCESCHI. — Le pemphigus et les solutions calciques. *Giorn. ital. delle mal. ven. e della pelle*, fasc. VI, 1924.

- DEKEYSER (L.). — Cas de dermatose de Duhring, forme bulleuse. Société belge de Dermatologie et de Syphil., séance du 8 novembre 1931.
- DELBANCO (E.). — Sur l'étiologie de la tourniole et du pemphigus des nouveau-nés. *An. Derm. Syph.*, 1922, p. 383.
- DOERSTER (H.-R.). — Spinal roentgen ray therapy; in dermatitis, herpetiformis. *Wisconsin med. J.*, 29, 571-574, octobre 1930.
- DROUET. — Dermatite de Duhring, Brocq, chez un enfant de quinze mois, considérations thérapeutiques. *Le Nourrisson*, juillet 1930.
- DUBREUILH (W.) et DOUENCE (R.). — Pemphigus aigu diffus. *An. Derm. Syph.*, 1916, p. 526.
- DUFOUR et LE HELLO. — Maladie de Duhring. Guérison. *Journal de Médecine de Paris*, 26 juillet 1928, p. 593.
- DUPONY. — Du traitement radiothérapique de quelques dermatoses. Thèse de Paris, 1926.
- DUWÉ. — Maladie de Hallopeau, pemphigus végétant bénin. Société belge de Dermat. et de Syph., séance du 12 juin 1932.
- EBERSON (Aug.). — Studies on the etiology of pemphigus. *Arch. of Dermat. and Syphilis*, août 1933.
- ELIASCHEFF (Olga). — Sur la valeur de l'éosinophilie dans les dermatoses bulleuses et spécialement dans la dermatite, herpétiforme de Duhring. *Annales Brasileiros de Dermatologia e Syphil.*, n° 2, 1928, p. 9.
- ELIASOW (A.) et STIMBERG (A.). — Ein Fall von pemphigus foliaceus nebst Bemerkungen über die Todesursache bei pemphigus. *Dermatologische Zeitschrift*, 1924, t. 42, p. 186.
- ENGELHARDT (W.). — Über Spossilzbfunde dei Pemphigusartigen Erkrankungen. *Derm. Wochenschrift*, t. LXXXV, n° 39, sept. 1927.
- FABRE et BOUGET. — Un cas de pemphigus épidémique mortel du nouveau-né constaté après la mort. *An. Derm. Syph.*, 1922, p. 383.
- FALLS. — Pemphigus des nouveau-nés. Epidémies de pemphigus des nouveau-nés de Chicago. *An. Derm. Syph.*, 1916, p. 535.
- FALLS (F.-H.). — The bacteriology of pemphigus neonatorum. *J. Infect. dis. Chicago*, 1917, XX, 86-98.
- FELKE et NAGELL. — A propos du pemphigus. *D. m. W.*, 1927, n° 1.
- FÉRON-HALKIN. — Dermatoses de Duhring. *Bruxelles Médical*, 1927, p. 168.

- FERRARI (A.-V.). — Sulla frequenza e sul valore dell' ipersensibilità all' ioduro di potassio nella dermatite di Dühring. *Gior. ital. di Dermat. e Sif.*, 73, 238-241, février 1932.
- FERRARI (A.-V.) et MIDANA (A.). — Ricerche sul ricambio del cloruro di sodio nel pemfigo nella dermatite erpétiforme. *Gior. ital. di Dermat. e Sif.*, 73, 247-251, février 1932.
- Fichiers du « Monde Médical », 1935.
- FONROBERT (H.). — Der oongenblickliche. Stand des Pemphigusforschung mit experimenteller Prüfung der Quaddelresorptionszeit sowie des Kochsalzstoffwechsels. *Archiv. für Derm. und Syph.*, vol. 159, n° 2, 1930, p. 343, 5 figures.
- FONTANA (A.). — Rapports entre les glandes sexuelles et le pemphigus végétant de Neumann. *Il Dermosifilografo*, t. V, n° 2, février 1930, p. 92, 8 fig.
- FRANK. — Au sujet d'un cas de pemphigus. *Schweiz. med. Wochen.*, n° 44, 4 nov. 1933.
- FRUND (E.) et VISSI (F.). — Su un caso di pemfigo delle congiuntive. Comunicazione preventiva. *Giorn. ital. di Derm. e Sif.*, 73, 212-217, fév. 1932.
- FUHS (H.). — Über pemphigus végétant, mit besonderer. Bernet sichtigung Seiner. Strahlentherapentis chen Becinfluss barkeit. *Acta dermat. vénéorologica*, Stockholm, 1925, t. VI, p. 71.
- GABALUCCI. — Sur le pemphigus chronique bénin avec pigmentation cutanée diffuse et persistante. *Art Médical*, 1926, n° 32, p. 22.
- GATÉ (J.), VUILLERET (P.) et TIRAN (P.). — Dermatite de Dühring-Brocq ayant simulé au début un impétigo bulleux chez un enfant de douze mois. *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, réunion dermatologique, 39, 73-75, janvier 1932.
- GAUMOND (E.). — Affection bulleuse récidivante. *Bull. de la Soc. méd. des Hôp. de Québec*, n° 11, nov. 1934.
- GÉRARD-FRIART. — Pemphigus subaigu malin à bulles extensives de Brocq. Soc. belge de Dermat. et de Syph., séance du 8 avril 1934; *Bruxelles Médical*, n° 27, 6 mai 1934.
- GOERL. — Pemphigus chronicus. *Munch. Med. Woch.*, LXXII, 1925, p. 2215.
- GOUGÉROT. — Pemphigus réticulé périodique naissant sur dermatose papuleuse lichénoïde des jambes. *Bull. Soc. franç. de Dermat. et de Syph.*, Paris, 1919, 56-58.
- GOUGÉROT. — « La Dermatologie » en clientèle. Norbert et Maloine, édit., 27, rue de l'Ecole-de-Médecine, Paris, 1927, p. 229.

GOUGÉROT et BLUM. — Maladie de Duhring familiale, récidivante et périodique. Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie, 12 décembre 1929.

GOUGÉROT, CIVATTE et BLUM (P.). — Pemphigus végétant. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 1930.

GOUGÉROT et BLUM (Paul). — L'épreuve de la ventouse dans les cas douteux de dermatites bulleuses et pemphigus. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 1930.

GOUGÉROT. — Alternances morbides dans le pemphigus, alternances de poussées bulleuses et d'arthralgies, leucokératose buccale résiduelle. *Arch. dermat. syph. de l'Hôp. St-Louis*, juin 1931.

GOUGÉROT (H.). — Formes « minimae » de la dermatite polymorphe douloureuse de Brocq-Dühring. Formes cutanées ou muqueuses, ou cutané-muqueuses, uni ou mi-bulleuses. *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 37, 1166-1168, nov. 1930.

— Traitement de consolidation et cures préventives dans la dermatite polymorphe de Brocq-Dühring et dans les pemphigus. *Le Journal des Praticiens*, n° 18, 2 mai 1931.

— Formes « minimae » de la dermatite polymorphe douloureuse de Brocq-Dühring et des pemphigus. *Archives dermato-syphiligraphiques de l'Hôpital Saint-Louis*, juin 1931.

GOUGÉROT (H.), CIVATTE et BLUM (P.). — Guérison du pemphigus végétant par le 914 et l'autohémothérapie. *Archives dermato-syphil. de l'Hôp. Saint-Louis*, juin 1931.

GOUGÉROT (H.), CLARA et WEILL (J.). — Forme érythémato-squameuse « résiduelle » de la dermatite polymorphe de Brocq-Dühring. *Archives dermato-syphiligraphiques de l'Hôpital Saint-Louis*, juin 1931.

GOUGÉROT (H.) et ALLÉE. — Forme de transition entre la dermatite polymorphe douloureuse de Brocq-Dühring et le pemphigus congénital familial héréditaire. *Archives dermato-syphiligraphiques*, t. V, juin 1933.

GOYARROLA. — Les rayons actiniques dans la maladie de Duhring. *La Médecine Ibera*, 3 juillet 1926.

GRINDON (J.). — Davis treatment and tryparsamid in acute pemphigus. *M. Clin. North. Amer.*, II, 507-513, sept. 1927.

- Tryparsamide in acute pemphigus. *Tr. sect. Dermat. et Syphil. A.M.A.*, p. 121-128, 1929, et *Arch. Dermat. et Syphil.*, 21, 25-31, janvier 1930.
- GRIPPAIN. — Traitement du pemphigus végétant par le « germanin ». *Munch. med. Wochen.*, 30 déc. 1932.
- HASSELMANN. — Le pemphigus. *D. m. W.*, 1927, n° 7.
- HAUCK et HOCKER. — Pronostic et traitement du pemphigus vulgaris. *Medizinische Klinik.*, n° 6, 9 févr. 1934.
- HAUTEFEUILLE et BEAUMONT. — Sur un cas mortel de pemphigus vrai. *Gaz. méd. de Picardie*, n° 105, mars 1932.
- HAZEN (H.-H.). — A case of pemphigus foliaceous. *J. Cutan. Dis. mel. Pyph. N.-Y.*, 1910, XXVIII, 118-126.
- HEMMETER (J.-C.). — A case of pemphigus foliaceous cured by diet and irrigation of the colon. *Tr. Am. Therap. Soc. N.-Y.*, 1925-26, XXVI, 45-48.
- HOLLANDER. — Les transfusions de sang total dans le pemphigus (Pemphigus = the use of whole-blood transfusion as an aid in therapy). *The British Journal of Dermatology*, vol. XXXIX, n° 469, novembre 1927, p. 450.
- HOLOBRET (T.) et LENARTOWICZ (J.-T.). — Recherches sur un traitement de pemphigus par le contenu des bulles. *An. Derm. Syph.*, 1916, p. 320.
- HOLPER (R.). — Contribution à l'étude du signe de Nikolsky et de la pathogénie dans les pemphigus foliacés de Cazenave. (8^e Bordeaux, 1913.
- HUFSCMITT. — Cas de pemphigus chronique rebelle à toutes sortes de thérapeutiques. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 1926, p. 301.
- ISHIKAWA (S.). — An unusual case of pemphigus. *Acta Dermatologica*, 1923, t. II, p. 66.
- JAMES (W.-M.). — Ocular pemphigus. *Am. J. Opht.*, 15, 815-820, sept. 1932.
- JAMBON (M.), RATIE (A.) et BÉTOULIÈRES. — Deux observations d'ectodermose bulleuse. *Arch. Soc. Sc. méd. et biol. de Montpellier et du Languedoc méd.*, sept. 1934.
- KALZ (Friedrich). — Urbergang von pemphigus septimus in pemphigus vulgaris. *Archiv. für Dermatologie und Syphilis*, vol. CLXVI, cah. 3, 1932, p. 537.

- KARTAMISCHEW (A.). — Sur le diagnostic précoce et la connaissance du pemphigus. *Archives für Dermato. und Z.*, 1925, p. 269.
- KEINING. — Clusene, therapeutischen Erfahrungen bei der Behomdlung des pemphigus vulgaris. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCVII, n° 40, octobre 1933, p. 1423.
- KLOPSTOCK (E.). — Pemphigus vulgaris bei Schwangerschaft. *Dermatologische Zeitschrift*, 1924, t. XL, p. 305.
- KROMAYER. — Sechs durch Spirocid - acetarson - geheilte pemphigus-fälle. *Deutsch. med. Wochr.*, 55, 229-230, 8 fév. 1929.
- KRZYWANSKI. — Przyczynek do nankio pechrzcy brandavokujacej. *Przegląd dermat.*, Varsovie, 1924, n° 2, p. 146.
- KUMER (L.). — Zur pemphigus therapie. *Wiener Klinische Wochenschrift*, n° 2, 1931, p. 42.
- KUMMER (P.-L.). — Le pemphigus. *W. kl. W.*, 1931, n° 2.
- LAPIÈRE et VAN STEENACKER. — A propos d'un cas d'épidermolyse bulleuse dystrophique à kystes épidermiques et à lésions albo-papuloïdes. *Bruxelles Méd.*, n° 27, 6 mai 1934.
- LAURENTIN. — Sur une dermatite herpétiforme de Duhning-Brocq à évolution cicatricielle. *Ann. de Dermatol.*, février 1926, n° 2.
- LESZCZYNSKI (N.). — Le pemphigus. *Acta Dermato-Vénérologica*, vol. XII, fasc. II.
- LEFÈVRE (R.). — Pemphigus du vieillard; traitement par l'acétoline. *Le concours médical*, n° 8, 22 févr. 1931.
- LENBOULLET (P.) et DAVID (M.). — Varicelle et pemphigus. *Archives de Médecine des Enfants*, t. XXX, n° 11, novembre 1927, p. 665-670.
- LESZCZYNSKI (R. von). — Nouvelles recherches sur l'emploi des infusions de quinine dans les pemphigus. *An. Derm. Syph.*, 1914-1915, p. 502.
- LESZCZYNSKY (R.-V.). — Ueber das Initial-stadium des pemphigus. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 30, 26 juillet 1930, p. 1083.
- LESZCZYNSKI (Roman de). — Die Chininurotropis therapie des Pemphigus. *Acta Dermatolo. Vénérolo.*, vol. XII(fasc. 2, juillet 1931, p. 140.
- LEWANDOWSKY. — Pemphigusfall behandelt mit Neosalvarsan und Silbersalvarsan. *Schweiz. Med. Woch. Basel*, 1921, 233.

- LINDEMAN (A.). — Die Behandlung des Pemphigus durch intravenöse Salvarsan infusion. Iena 8^e Borna Leipzig, 1912.
- LIPSCHÜTZ (B.). — Mikroskopische Untersuchungen über Pemphigus chronicus. *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, Wien et Leipzig, 1912, CXI.
- LONGO (P.) et SPECIALE (A.). — Ulteriori ricerche sulla etiologia e patogenesi del pemfigo cronico. *Gior. ital. d. mal. ven.*, Milano, 1913, XLVIII.
- LOUSTE et DUPUY-DUTEMPS. — Deux cas de pemphigus conjonctival. R. P., séance du 11 déc. 1924; *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 1924.
- LOW (R.-C.). — Pemphigus foliaceus. *Brit. J. Dermat. Lond.*, 1909, XXI, 101-135.
- Recovery in case of pemphigus foliaceus. *Brit. J. Dermat.*, 41, 12, 13 janvier 1929.
- LUDY et MOORE DE VALIN. — Viostorol in the treatment of Pemphigus. *The Urologie and Cutaneous Review*, déc. 1932, p. 817.
- LUIS POLLES ROIG. — Nuevo tratamiento del pemfigo. A proposito de un caso de pemfigo maligno. *Ecos Espanoles de Dermatologia y Sifiliografia*, 10^e année, n^o 105, juin 1934.
- LUITHLEN. — A propos du pemphigus. *W. kl. W.*, 1930, n^o 22.
- LIPSCHUTZ. — Le pemphigus. *D. in W.*, 1927, n^o 8.
- LYON (A.). — Pemphigus traumatique congénital héréditaire avec lésions des parotides. *An. Derm. Syph.*, 1924, p. 163.
- MAC EWEN (E.-L.). — Pemphigus chronicus with significant ante-mortem and post-mortem bacteriologic observations; report of case. *Arch. Dermat. et Syph.*, 17, 98-103, janv. 1928.
- MADERNA. — Roentgen irradiation du sympathique et de la chaîne ganglionnaire dans quelques cas de pemphigus. *La Fiforma medica*, 29 juin 1931, p. 998.
- MARIO ARTOM. — Sur un cas de pemphigus végétant apparu au cours d'une septicémie à streptocoques. *Giornale italiano di Dermatologica e Sifilologia*, fasc. V, octobre 1928, p. 1382, 3 fig., 2 pl.
- MARTELLIÈRE (Jean). — Contribution à l'étude de la maladie de Duhring-Brocq (Manifestations intestinales et alternances). Thèse de Paris, 1928, Jouve et Cie, édit., 115, rue Racine.
- MATRAS. — Le pemphigus. *Act. dermat. vener.*, vol. X, fasc. 6.
- MESTRES (J.-J.). — Le pemphigus. *Rev. Méd. sur Chir.*, Habana, 1928.

- MIDANA (A.). — L'équilibre proteico del sangue in alcuni casi di pemfigo, e dermatite erpétiforme de Duhring. *Gior. ital. di Dermat. e Sif.*, 73, 224-234, février 1932.
- MIERZECKI (H.). — Der Pemphigus chronicus in seinen Varietaten als Pemphigus vulgaris, Pemphigus foliaceus und Pemphigus vegetans. *Klinische, serologische und anatomo-pathologische Beobachtungen*; *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 162, 115-128, 1930.
- Clinical, serologie and anatomico-pathologic observations in variétés of chronic pemphigus (pemphigus vulgaris), pemphigus foliaceus and pemphigus vegetans. *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, 162, 115-128, 1930.
- MIERZECHI. — Observations et recherches sur le pemphigus. *Preglad Dermatologiczny*, t. XXV, n° 2, 1930, p. 210.
- MIJSZE MORDOCHOJ et KOMAROWSKI. — Contribution à l'étude de la dermo-épidermite pustuleuse miliaire. Thèse de Paris, 1933, Jouve et Cie, édit.
- MILIAN-HOROWITZ (G.). — Maladie de Duhring, avec éléphantiasis du membre inférieur droit. *Revue française de Dermat., de Neurol. et de Vénéreol.*, 6, 534, 531, novembre 1930.
- MITCHELL (H.-L.). — Pemphigus of eyes nares pharynx and larynx. *Virginia M. Monthly*, 59, 302-303, Aug. 1932.
- MOTTA (J.). — Pemphygo successivo concystos épidermicos. *Annaes Brasilinos de Dermatologia e Syphilographia*, 4^e année, n° 3-4, 1928, p. 29.
- MULHPFORDT. — Germanin dans le pemphigus vulgaris et dans la dermatite herpétiforme de Duhring. *Munchener medizinische Wochenschrift*, n° 9, 26 février 1932, p. 356.
- MURERO (G.). — Sulla dermatite erpétiforme del Duhring, e sull herpes gestationis. *Gior. ital. di Dermat. e Sif.*, 73, 174-180, février 1930.
- NEUSCHULER (I.). — Il pemphigo della congiuntiva. *Boll. d'Ocul.*, 10, 1-28, janv. 1931.
- NEVES (A.) et ALEIXO (A.). — O liquido céphalo-rachiano no pemphigo foliaceo. *Brazil Med. Rio-de-Janeiro*, 1923, XXXVII, 137.
- NICOLAS, LEBEUF et MICHEL. — Un cas de pemphigus foliacé. *Soc. fr. de Dermat.*, séance du 19 déc. 1929.
- NICOLAS (J.), LEBEUF (F.) et ROUSSET (J.). — Maladie de Duhring-Brocq chez un enfant. *Bulletin de la Société française de Dermat. et de Syphil.*, 39, 241-342, mars 1932.

- NIEL. — Le traitement du pemphigus en Allemagne. *Med. Klin.*, 27 nov. 1931.
- NUYENS. — Cas de pemphigus chronique vrai. *Bruxelles médical*, 1927, p. 167.
- OLIVIER-PAYENNEVILLE. — Un cas de pemphigus foliacé traité par les rayons X. *Rev. méd. de Normandie*, Rouen, 1907, VIII, 132-135.
- OPPENHEIM. — Ueber die Werwendung der Spirozids beim Pemphigus vulgaris chronicus und vegetans nebst Bemerkungen zur Spinozid Therapie. *Dermatologische Wochenschrift*, t. XCI, n° 51, 20 déc. 1930, p. 1855.
- OPPENHEIM et FEISSLER. — Dermatitis bulloso striata pratensis. *Med. klin.*, 10 juin 1932; *Presse médicale*, n° 61, 30 juillet 1932.
- PASINI (A.). — Ricerche bacteriologiche sul pemfigo cronico; studio batteriologico e sperimentale. *Gior. ital. d. mel. ven.*, Milano., 1911, XLVI, 580-591.
- Piretoterapia e dermatite erpétiforme di Duhring. *Gior. ital. di Dermat. e Sif.*, 73, 241-244, février 1932.
- PASQUALE, LONGO et SPECIALE (Ant.). — Etiologie, pathogénie du pemphigus chronique. *An. Derm. Syph.*, 1916, p. 51.
- PAUTRIER (L.-M.) et ROEDERER (J.). — Pemphigus foliacé. *Bull. Soc. fr. de Dermat. et Syphil.*, Paris, 1922, XXIX. Réunion de Strasbourg, 37-41.
- PAUTRIER, RIETMAN et HABABO. — Dermate polymorphe douloureuse traitée par l'arsénothérapie. Réunion Dermatol. de Strasbourg, 20 juillet 1924.
- PAUTRIER. — Pemphigus subaigu, à bulles extensives chez une enfant de cinq ans. Inoculation positive à la cornée de lapin. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 1925, p. 77.
- PAUTRIER et LANZENBERG. — Dermate polymorphe de Duhring-Brocq, l'herpès gestationis et le pemphigus végétant. *Strasbourg Médical*, 1926, t. II, p. 390.
- PAUTRIER (L.-M.) et WEILL (A.). — Pemphigus subaigu malin à bulles extensives ayant simulé au début un pemphigus végétant. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 1927, p. 806.
- PAUTRIER et ULLMO (Mlle). — Cas mortel de pemphigus subaigu malin à bulles extensives. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 1929, p. 1162.
- PAUTRIER (L.-M.). — Pemphigus subaigu malin à bulles extensives. *L'Avenir médical*, 28^e année, n° 10, déc. 1931.

- PAUTRIER et ULLMO (Mlle). — A propos d'un essai de traitement du pemphigus par le 205 Bayer (Germanin) et le 309 Fourneau (Moranyl). *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 1934, p. 1769.
- PEKHOUR (L.-T.). — Un cas de pemphigus foliacé en rapport avec des lésions endocriniennes. *Ron. Vest. Derm.*, n° 7, juillet 1924.
- PELS et MACHT. — Phyto pharmacologic examination of the blood in pemphigus and in some other diseases of the skin. *Archives of Dermatol. and Syphilol.*, vol. XIX, n° 4, avril 1929, p. 640.
- PESSOA (S.-B.) et RIBEIRO (B.). — Notas sobre a dedimentacao dos erythrocytose sobre a cholesterinemia no pemphigus foliaceus. *Sciencia Med.*, 7, 267-270, june 1929.
- PETGES (G.). — Pemphigus chronique grave et cancer. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 1923, 504.
- PETRAGNANI (V.). — A proposito di un caso di pemfigo volgare cronico (Contributo etiopatogenetico). *Dermosifilografo*, 7, 113-136, mars 1932.
- PEYRI (A.). — Los limites de la enfermedad de Duhring. *Revista médica de Barcelona*, 17, 347-352, april 1932.
- PIERINE HERRERA. — Etiologie du pemphigus vulgaire. Etat actuel de nos connaissances. *Semana med.*, XXXIX, n° 23, 9 juin 1932.
- PISANI (E.). — Eritrodermia e pemfigo foliaceo mortale comparso in un soggetto luctico sottoposto a cura di arsono-benzolo. *Gazz. internaz. Med. Chir.*, 33, 135-137, april 15, 1928.
- PLAGNIOL. — Poly-antigénotherapie entérale dans les syndromes cutanés papulo-vésiculeux, type Bricq. *Le Médecin français*, 5-20 octobre 1932.
- POCKELS (W.). — Untersuchungen bei Pemphigoïd der Neugeborenen und exfoliativem Pemphigoïd Dermatites exfoliativa Ritter. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXVII, n° 37-38, sept. 1928, p. 1279-1321.
- POIRIER. — Eruption pemphigoïde. Soc. belge de Dermat. et de Syph., séance du 10 avril 1932.
- POPCHUSTOFF (P.) et ZORN (R.). — Recherches sur l'élimination des chlorures dans le pemphigus. Soc. de Biol. de Strasbourg, séance du 7 juillet 1933, in *C. R. des séances de la Soc. de Biologie*, n° 29, 1933.
- POSEY (W.-C.). — Ocular pemphigus. *Am. J. Opht. Chicago*, 1920, 3° s., III, 507-510.

- PRAETONIVO. — Pemphigus foliacé guéri par une seule injection intra-veineuse de sang. *An. Derm. Syph.*, 1914, p. 45.
- PROHAZKA. — A propos du pemphigus. *Acta Derm. vener.*, vol. IX, fasc. 5.
- RADAEI (E.). — Sur l'étiologie du pemphigus chronique. *An. Derm. Syph.*, 1915-1916, p. 138.
- RADAEI (F.). — Ancora per lo studio della eziologia del pemfigo cronico. *Gior. ital. d. mal ven.*, Milano, 1917, LII, 332-339.
- RADAEI (A.). — Sopra un caso di pemfigo foliaceo primitivo. *Gior. ital. di Dermat. e Sif.*, 73, 180-183, fév. 1932.
- REUTER (A.). — Exanthème aigu pemphigoïde au cours d'une fièvre typhoïde. *An. Derm. Syph.*, 1914-1915, p. 244.
- RICHTER. — A propos du pemphigus. *D. m. W.*, 1927, n° 9.
- ROHNSTEDT. — Traitement du pemphigus par le « germanin ». *Munch. med. Wochens.*, n° 14, 7 avril 1933, p. 522.
- ROSENTHAL (S.) (Minsk). — A propos de la valeur de la rétention des chlorures dans le pemphigus. *Klinitcheskaja Medizina*, n° 1 (76), janvier 1928, p. 53-60.
- RUETE (Prof. H.-E.). — Le pemphigus. *D. M. W.*, 1927, n° 31.
- RUITER (M.). — Diagnosis of chronic papillary ulcerative, pyoderma (horny cysts) occurrence with dermatitis; herpétiformis (Duhring). *Archives f. Dermat. u. Syphil.*, 166, 184-200, 1932.
- SABRAZÈS (J.) et TOURLAIS (J.). — Le pephigus. Un vol. in-8° de 80 pages. Doin, édit., Paris, 1929.
- Considérations étiologiques et pathogéniques à propos d'un nouveau cas de pemphigus fébrile chronique. *Gaz. hebdomadaire des Sc. méd. de Bordeaux*, n° 14, 7 avril 1929.
- SAMUELSON (A.). — Über coarctacio conjunctivoe bei Dermatitis herpétiformis Duhring, mit zwer, ergenen- Beobachtungen. *Acta Ophth.*, II, 501-513, 1933.
- SCHACHTER. — Considérations sur l'étiologie et le traitement du pemphigus. *Bulletin médical*, 46^e année, n° 21, 21 mai 1932, p. 370.
- SCHAEERER (R.). — Pemphigus végétant avec cristaux de Charcot-Leyden dans les efflorescences cutanées. *An. Derm. Syph.*, 1922, p. 383.
- SCHAMBERG (J.-F.). — Pemphigus, recovery following lang continued colonic irrigations and arsenic by mouth. *Arch. f. Dermat. et Syph.*, 25, 134-138, janvier 1932.

- SCHERBER. — Traitement des différentes formes de pemphigus chronique par la germanine. *Med. klin.*, n° 52, 27 déc. 1933.
- SCHULTZE (W.). — Pemphigus foliacé et ostéomalacie. *An. Derm. Syph.*, 1921, p. 422.
- SCOMAZZONI (T.). — Studi sul ricambio del cloro nelle forme bollose e in alcune altre forme cutanée. *Giorn. ital. di Dermat. e Sifil.*, 70, 1417-1438, déc. 1929.
- SECHI (E.). — Contributo alla studio delle herpes gestationis. *Giorn. ital. di Dermat. e Sif.*, 73, 1353-1372, aug. 1932.
- SEREFIS (S.). — Ueber die prognostische Bedeutung der Schleimhautveränderungen beim Pemphigus. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LVI, n° 5, 4 février 1933, p. 145.
- SÉZARY et MAURIC. — Pemphigus végétant. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 1932.
- SÉZARY et GALLOT. — Le traitement du pemphigus végétant. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 1933.
- SLUYS. — Un cas de dermatite de Duhring (Radiothérapie de la rate). *Bruxelles médical*, février 1930, p. 471.
- SMITH (J.-F.). — Case of recovery from pemphigus foliaceus. *Brit. J. Dermat.*, 44, 588-590, déc. 1932.
- SOMENBERG. — Un cas de pemphigus chronique vrai traité par des injections de sublimé. *Przegląd. Dermatologiczny*, vol. XXVIII, n° 4, déc. 1933, p. 622.
- SPEYERER (K.). — Ueber die Mortalität des Pemphigus chronicus vulgaris bei Mitterkrankung der Mundschleimhaut. *Munch. med. Wochenschr.*, 80, 383-384, 10 mars 1933.
- SPILLMANN, WATRIN et CRÉHANGE. — A propos du pemphigus à bulles extensives. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 26 mai 1926, p. 449.
- SPILLMANN (L.). — Pemphigus subaigu. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 1927, p. 707.
- SPILLMANN et WATRIN. — Contribution à l'étude du pemphigus. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 1925, n° 65, 18 juillet 1925.
- SPILLMANN, CRÉHANGE et POLU. — Pemphigus subaigu à début bucco-pharyngé de longue durée. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 1929, n° 559.
- SPILLMANN, WEIS et MARCHAL (G.-R.). — Pemphigus foliacé secondaire à un pemphigus subaigu à bulles extensives. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 12 janv. 1933.

- SQUILLACI (R.). — Un raro casondi associazione di poster, eczema e dermatite erpetiforme di Duhring. *Riv. San., Siciliana*, 20, 412-416, 15 march 1932.
- STEIN. — Le pemphigus. *Derm. Woch.*, 1927, n° 10.
- STERN. — Pemphigus foliaceus nach Ponndorfunpfung. *Arch. f. Dermat. u. Syph.*, Berlin, 1924.
- STUMPKE (G.). — Ueber die gunstige Beeinflussung des Pemphigus durch Salvarsan. *Berl. klin. Woch.*, 1912, XLIX, 1267.
- SUNDER et PLASSMANN. — La « germanine » dans le pemphigus. *Munch. med. Woch.*, n° 28, 8 juil. 1932.
- SUTTON (R.-L.). — Salvarsan « 606 » in the treatment of chronic pemphigus. *Boston M. S. J.*, 1911, CLXIV, p. 336.
- THIBERGE et RABUT. — Pemphigus successif à kystes épidermiques. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 1921, p. 317.
- TOME BONA. — Quelques considérations sur la pathogénie du pemphigus. *El siglo med.*, n° 4184, 17 février 1934.
- TOMMATI (L.). — Contribution à l'étude de l'étiologie du pemphigus. *An. Derm. Syph.*, 1915-1916, p. 328.
- TRÉGER (Jean). — Sur la provenance de l'albumine dans les bulles du pemphigus. *Ceska Dermatologie*, 13^e année, n° 3, mai 1932, p. 40-44.
- TRUFFI (G.). — Cutis capitis gyrata im pemfigo fogliaceo. *Arch. ital. di Dermat. Sif.*, 6, 142-155, nov. 1930.
- URBACH, ERICH et REISS (F.). — Contribution à l'étude de l'étiologie toxico-infectieuse du pemphigus vulgaire et de la dermite herpétiforme de Duhring; recherches expérimentales. *Arch. für Dermatologie and Z.*, vol. 162, cah. 3, 1931, p. 713, 6 fig.
- URBACH (E.) et UIBERALL (S.). — Zur Kermtins und Kritik du histopathologischen Kränderungen am Zentral nerveu system bei Pemphigus vulgaris. *Dermatologische Wochenschrift*, t. LXXXXIX, n° 34, 24 août 1929, p. 1127.
- URBACH (E.) et WOLFRAM. — Virus du pemphigus. *Med. Klin.*, n° 48, 24 novembre 1933.
- Etudes expérimentales et histologiques sur le virus des pemphigus. *Acta Dermat. vener.*, t. XV, avril 1934; *Presse Méd.*, n° 91, 14 nov. 1934.
- VALLISNIERI (E.) et COLLI (R.). — Ricerche biologiche nel pemfigo cronico. *Bioc'im. e terap. sper.*, Milano, 1921, VIII, 202-204.
- VALLISNIERI (E.). — Dei reperti batteriologici nel pemfigo cronico. *Boll. d. Soc. med. chir. di Modena*, 1920-1921, XXI, XXII.

- VERCOUILLIE. — Dermatite herpétiforme de Duhning. Société belge de Dermatologie et de Syphiligraphie, séance du 13 juin 1931.
- VIGNE (P.) et FOURNIER (A.). — Formes minimes de la dermatose polymorphe douloureuse de Duhning-Brocq. *Sud médical et chirurgical*, n° 64, 15 janvier 1932.
- VIGNOLO (C.) et LUTATI. — Pemphigo foliaceo con sindrome iniziale psoriasiforme. *Gior. ital. d. mel. vener.*, Milano, 1928, LIX, 265-281.
- VOIGT. — A propos du pemphigus. *M. M. M.*, 1929, p. 1669.
- VOLK. — Le pemphigus. *W. Kl. Woch.*, 1930, n° 22.
- VAUTHIER (Louis). — Pemphigus et pemphigoides de l'œil. *An. Derm., Syph.*, 1922, p. 671.
- WATRIN (J.) et FRUHNHOLZ. — Nouveau-né présentant surtout au niveau des surfaces d'extension des bulles remplies d'un liquide citrin. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 1924, R.N., p. 10.
- WATRIN (J.). — Pemphigus à localisation buccale primitive et à manifestations cutanées retardées. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 1927, p. 39.
- Traitement par auto-vaccin avec mise en culture du microbe prélevé localement. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 26 janvier 1927.
- Pemphigus congénital. *Bull. Soc. fr. Derm. Syph.*, 1930.
- WAGNER (G.). — Germanin bei dermatitis herpetiformis Duhning. *Munchener Medizinische Wochenschrift*, 79, 1932, 2 décembre 1932.
- WEITGASSER. — En Fall von Pemphigus végétans die innerhalb Kurzer Zeit völlig ausheilte. *Dermatologische Zeitschrift*, 1925, H. 6, p. 328.
- WERTHER (J.). — Beobachtungen über Pemphigus vulgaris chronicus. Ero Drei Falles bei Schivanguschaft. Invei Falle von Pemphigus congenitus. *Dermatologische Wochenschrift*, 1935, n° 37, p. 1334.
- WILLBRAND (L.). — Nachuntersuchungen über Dermatitis herpetiformis Duhning. *Dermat. Wochenschrift*, 94, 856-861, 18 june 1932.
- WOLTER (A.). — Latente dermatitis herpetiformis Duhning, und deren Provocation durch Jod. *Dermat. Zeitschrift*, 64, 402-408, octobre 1932.
- ZOON (I.-I.) (Utrecht). — Die Behandlung von Pemphigus vulgaris and Pemphigus thormuars recidivans (Morbus Auhning) mit Germanin, Bayer 205. *Acta Dermato-Venereologica*, vol. XIV, fasc. 5-6, 1933, p. 473, 3 fig.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	7
CHAPITRE PREMIER. — <i>Les différents pemphigus</i>	9
Pemphigus fébrile aigu grave	11
Pemphigus subaigu malin à bulles extensives de Brocq	11
Pemphigus chronique vrai	13
Pemphigus foliacé	16
Pemphigus végétant de Neumann	17
CHAPITRE II. — <i>Etiologie et pathogénie des pemphigus.</i>	19
Théorie infectieuse	20
Théorie parasitaire	21
Théorie nerveuse	22
Théorie neuro-endocrinienne	24
Théorie toxique	27
CHAPITRE III. — <i>Les traitements des pemphigus. His- torique et plan</i>	29
<i>Traitement local</i>	31
<i>Traitement du pemphigus vrai</i>	31

	Pages
Traitement local du pemphigus végétant	34
Traitement local du pemphigus foliacé	34
Conclusion au traitement local	35
<i>Traitement général</i>	37
§ 1. Les traitements diététiques	37
L'hygiène générale	37
Thérapeutique diététique	38
Aliments permis	38
§ 2. Les traitements biologiques	41
Vaccine	41
Vitamines	42
Maladie intercurrente	42
Traitement par maladie provoquée	43
Traitement endocrinien	43
§ 3. Les traitements physiothérapiques	45
§ 4. Les traitements médicamenteux	49
Les toniques	49
Le quinquina	49
La strychnine	50
La digitale	50
Huile de foie de morue	51
Traitement par le cacodylate de fer asso-	
cié au coagulène	51
Traitement calcique	51
Les médicaments de choc	53
Les arsenicaux	55
1° Les arsenicaux trivalents	55
Le salvarsan	55
Le novarsénobenzol	56
2° Les arsenicaux pentavalents	63
L'acétylarsan	63

	Pages
Le sulfarsénobenzol	64
La tryparsamide	65
Le spirocid	66
Le sublimé	67
La thérapeutique vasoconstrictive	68
Thérapeutique antiseptique	71
Traitement à la quinine-urotropine	71
Traitement par le Germanin	74
Traitement par la plasmochine	77
Traitement par le xylol	77
CHAPITRE IV. — <i>Conclusions générales</i>	79
CHAPITRE V. — <i>Observations</i>	83
BIBLIOGRAPHIE	127
